



Le burn out des personnels de santé: Le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Philippe Zawieja

► To cite this version:

Philippe Zawieja. Le burn out des personnels de santé: Le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Psychologie et comportements. Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2014. Français. NNT : 2014ENMP0061 . tel-01142215

HAL Id: tel-01142215

<https://pastel.archives-ouvertes.fr/tel-01142215>

Submitted on 14 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École doctorale n° 432 : Sciences et Métiers de l'Ingénieur

Doctorat ParisTech

T H È S E

pour obtenir le grade de docteur délivré par

l'École nationale supérieure des mines de Paris

Spécialité "Sciences et Génie des Activités à Risques"

présentée et soutenue publiquement par

Philippe ZAWIEJA

le 9 décembre 2014

**Le burn out des professionnels de santé :
le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer**

Directeur de thèse : **Franck GUARNIERI**

Jury

M^{me} Annick ANCELIN-BOURGUIGNON, professeure à l'ESSEC

M^{me} Linda BENATTAR, directeur médical international, Groupe ORPEA

M. Franck GUARNIERI, directeur de recherche, CRC, Mines-ParisTech

M. Marc LORIOL, chargé de recherches au CNRS

M. Jean-Pierre NEVEU, professeur à l'Université Montpellier II

Rapporteur

Examineur

Directeur de thèse

Rapporteur

Examineur

MINES ParisTech
Centre de recherches sur les Risques et les Crises
Rue Claude Daunesse BP 207
06904 Sophia Antipolis cedex

Remerciements

*À mes parents Marian[†] et Marie-Claude Zawieja,
qui m'ont transmis le sens de l'effort, l'humilité et... une certaine dose d'infatigabilité !*

*À Steve,
à qui je sais tout ce que je dois, à qui je dois tout ce que je sais.*

La finalisation d'une recherche doctorale est à la fois un travail éminemment personnel et le fruit de nombreux soutiens, de nombreuses rencontres, sans lesquels rien n'est jamais possible.

Mes remerciements vont tout d'abord à mon directeur de thèse, **M. Franck Guarnieri**, qui m'a incité à m'engager dans la démarche doctorale, puis soutenu grâce à sa disponibilité de tous les instants.

Ma gratitude va ensuite à mon maître de recherche, **M^{me} le D^r Linda Benattar**, directrice médicale du groupe ORPEA, dont la bienveillance et les conseils avisés, ancrés dans une solide expérience médicale, humaine et — le plus important à mes yeux — humaniste de la personne âgée, ont constitué mes plus précieux soutiens dès les premiers instants.

Aux trois membres extérieurs du jury de cette thèse, **M. le P^r Jean-Pierre Neveu**, **M^{me} la P^{re} Annick Ancelin-Bourguignon** (qui a de surcroît accepté de présider le jury de thèse lors de la soutenance) et **M. Marc Lorient**, je veux dire ma reconnaissance pour nos échanges amicaux, leurs précieux conseils et/ou l'inépuisable source d'inspiration qu'ont représenté pour moi leurs travaux respectifs.

Je souhaite également remercier l'**état-major du groupe ORPEA**, en particulier :

- M. le D^r Jean-Claude Marian, président,
- M Yves Le Masne, directeur général,

- M. Jean-Claude Brdenk, directeur général délégué,
- M. Emmanuel Masson, directeur général délégué chargé du développement,
- M^{me} Laure Frères, secrétaire générale,
- M. Bertrand Desriaux, directeur des ressources humaines
- et M^{me} Christine Coffre, directrice adjointe des ressources humaines,

ainsi que l'ensemble des directeurs de division, des directeurs régionaux et des médecins coordonnateurs régionaux pour la confiance dont ils m'ont témoigné en m'ouvrant les portes du Groupe et de ses établissements, en y autorisant les opérations de recherche, en me faisant profiter de leur expérience, et en me donnant d'idéales conditions de travail et de recherche

Ma reconnaissance va également aux deux mécènes qui soutenu financièrement cette étude : la **Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO)** et, à titre individuel, **M. Thierry Paturle**.

Je n'oublie pas ce que cette recherche doit à l'ensemble des directrices et directeurs de cliniques et d'EHPAD, ainsi que leurs collaboratrices et collaborateurs, ayant organisé l'étude par questionnaire et les interviews qualitatifs, ainsi qu'aux soignants ayant accepté, en dépit d'un emploi du temps déjà très chargé, de se prêter au jeu des entretiens individuels.

Enfin, je voudrais ici remercier — parce qu'il n'est malheureusement pas possible de le faire individuellement — chacun(e) des 2 602 soignant(e)s ayant pris sur son temps pour répondre au questionnaire distribué.

Aussi théorique puisse-t-il apparaître, je formule le souhait que ce travail de recherche contribuera, à sa très humble mesure, à améliorer leur qualité de vie au travail, et à les aider dans l'admirable travail qu'ils accomplissent chaque jour.

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIÈRES.....	3
INTRODUCTION.....	10
1. Le vieillissement, un enjeu multiple pour l'alzheimerologie et le système de santé	11
2. Les risques psychosociaux en alzheimerologie	15
2.1. Allocation des ressources et conditions de travail	16
2.2. Organisation et contenu du travail	18
2.2.1. Contraintes de travail	18
2.2.2. Contrôle et autonomie.....	19
2.2.3. Rapports sociaux et relation à autrui.....	20
2.3. Conséquences organisationnelles.....	24
2.3.1. Gestion des ressources humaines.....	24
2.3.2. Qualité des soins	25
Conclusion — Notre question de recherche, son originalité et ses limites.....	26
Limites	27
Plan de la thèse.....	28

CHAPITRE 1 – LE BURN OUT EN ALZHEIMEROLOGIE — UNE REVUE DE LITTÉRATURE	30
1. Mesure du burn out en alzheimerologie	31
1.1. Sémantique du burn out en alzheimerologie.....	32
1.2. Psychométrie du burn out – L’omniprésence du Maslach Burnout Inventory	34
1.3. Prévalence du burn out en alzheimerologie ou gériatrie.....	39
2. Déterminants du burn out en alzheimerologie.....	42
2.1. Déterminants socioéconomiques	42
2.2. Déterminants organisationnels.....	44
2.2.1. Cadres formels et informels du travail.....	45
2.2.1.1. Cadres formels	45
Type d’établissement ou de service	45
Contrat et temps de travail	46
2.2.1.2. Cadres informels du travail.....	47
Environnement organisationnel de l’établissement	47
Qualité du soutien organisationnel.....	49
Qualité du soutien social entre pairs	51
2.2.2. Déterminants liés au vécu de travail	52
2.2.2.1. Charge de travail	52
2.2.2.2. Contenu relationnel et émotionnel du travail.....	54
2.2.2.3. Confrontation avec la mort	58
2.2.2.4. Comportements difficiles et agressifs.....	61
2.2.2.5. Souffrance éthique	65
2.3. Déterminants individuels	70
2.3.1. Déterminants sociodémographiques	71
2.3.1.1. Sexe.....	71
2.3.1.2. Âge, ancienneté et expérience.....	72
2.3.1.3. Profession.....	74

2.3.1.4. Appartenance ethnique.....	75
Approche socioéconomique.....	76
Approche sociorelationnelle	77
2.3.2. Déterminants liés à la personnalité	80
Conclusion	82
CHAPITRE 2 – DÉMARCHE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	85
1. Posture épistémologique.....	86
1.1. Le burn out, héritier des théories du stress	87
1.1.1. Les approches individuelles classiques :	
le stress et le burn out comme quasi-maladies.....	87
1.1.2. La théorie de la préservation des ressources : intérêt et limite d’une perspective salutogénique	89
1.2. La souffrance au travail, modalité de la souffrance sociale.....	90
1.2.1. Souffrances et pathologies sociales : l’apport de la Théorie critique	91
1.2.2. L’école française : une pensée originale et féconde, des fondements idéologiques problématiques.....	93
1.2.2.1. Les souffrances sociales chez E. Renault	94
1.2.2.2. Le burn out en psychodynamique du travail.....	95
1.2.2.3. Clinique de l’activité.....	97
1.2.2.4. Engagement et passivité : les limites des approches critiques.....	97
2. Étude quantitative des facteurs individuels et organisationnels du burn out	99
2.1. Objectifs et design de l’étude	100
2.2. Mode de collecte des données.....	100
2.3. Définition de la population d’étude	101
2.4. Construction du questionnaire	103
2.4.1. Questions relatives à l’origine géographique et à la religion.....	103
2.4.2. Questions relatives à la personnalité.....	107
2.5. Aspects éthiques.....	112
2.6. Administration du questionnaire.....	115

2.7. Mode de saisie et d'analyse	117
2.8. Financement.....	118
2.9. Limites et biais.....	119
2.9.1. Accès aux sources	119
2.9.2. Contamination des sources de données primaires	121
2.9.3. Biais de sélection	123
3. Étude qualitative des représentations de la fatigue liée à la prise en soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.....	126
3.1. Objectifs et design de l'étude.....	126
3.2. Mode de collecte des données – Construction de la grille d'entretiens.....	127
3.2.1. Définition de la population	127
3.2.2. Conception de la grille d'entretiens	129
3.2.3. Conduite des interviews.....	130
3.2.4. Accès aux sources	131
3.3. Aspects éthiques.....	131
3.4. Analyse des données	132
Conclusion	133
CHAPITRE 3 – RÉSULTATS.....	135
1. Étude quantitative des facteurs individuels et organisationnels du burn out	136
1.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	136
1.2. Prévalence du burn out dans l'échantillon.....	137
1.3. Principaux déterminants et facteurs du burn out.....	143
1.3.1. Déterminants sociodémographiques	143
1.3.1.1. Déterminants sociodémographiques usuels	143
1.3.1.2. Ancienneté	145
1.3.1.3. Variables culturelles : religion et ressenti d'appartenance familiale	148
1.3.2. Déterminants organisationnels.....	150
1.3.2.1. Cadres formels et informels du travail.....	150
1.3.2.2. Déterminants liés au vécu de travail	153

1.3.3. Personnalité, fixation psychosexuelle et burn out.....	159
1.3.3.1. Déterminants psychosexuels.....	159
1.3.3.2. Les attitudes face aux difficultés professionnelles, entre évacuation et retrait..	160
Conclusion	163
2. Analyse thématique de la réponse libre à la question n° 43.....	164
2.1. Un questionnaire inadapté, voire partial ?	165
2.2. Des conditions de travail portant atteinte à la relation soignante ?.....	166
2.3. Des atteintes à la reconnaissance sensibles sur plusieurs fronts	167
2.4. Interactions sociales : « l'enfer, c'est les autres ».....	169
2.4.1. Ambiance de travail : entre soutien social et fourberies	169
2.4.2. Le directeur idéal ? un soignant... ..	170
2.4.3. Familles de résidents : les bonnes... et les trop présentes	171
2.4.4. Le résident, un souci équivoque.....	172
2.4.4.1. Le glissement sémantique du souci du soigné au soigné-écran.....	172
2.4.4.2. Les soignants, gardiens du temple	174
2.5. Satisfaction au travail : le sacrifice jamais assez récompensé	176
2.6. La finance et l'actionnaire : une rhétorique de la voracité.....	177
2.7. Formation : des motivations disparates.....	179
Conclusion	180
3. Les représentations de la fatigue – Analyse thématique des entretiens menés	182
3.1. Une typologie des fatigues en alzheimerologie	183
3.1.1. La fatigue physique, un marqueur peu spécifique en alzheimerologie.....	183
3.1.2. La fatigue psychologique, une entité multidimensionnelle	184
3.1.2.1. La fatigue d'envahissement, un vécu de harcèlement	184
3.1.2.2. Le complexe d'Écho, une fatigue de répétition	188
3.1.2.3. La fatigue d'hypervigilance, entre souci de l'autre et pression du temps.....	192
3.1.2.4. La fatigue d'impuissance : la qualité empêchée par le résident lui-même	193

3.2. Stratégies de lutte contre la fatigue	195
3.2.1. Les stratégies collectives de lutte contre la fatigue.....	196
3.2.1.1. Gagner du temps sur tout pour en consacrer au résident ?	196
3.2.1.2. Le clivage du résident, une tentative pour le rendre tolérable	197
3.2.1.3. Le collectif de travail, une illusion substitutive familiale ?	201
3.2.2. Du travail au domicile, l'impossible répit, l'improbable repos	206
3.2.2.1. En service, l'impossible pause	206
3.2.2.2. Hors travail, l'improbable repos	208
Conclusion	210
Conclusion	211
Des ressentis de fatigue.....	211
... érigés en éléments de l'identité professionnelle... ..	212
... via des actes de communication socialement adressés	214
CHAPITRE 4 – DISCUSSION	216
1. Entre résultats inadvenus et résultats inattendus : les limites de notre recherche	217
1.1. Des résultats épidémiologiques de portée limitée, mais sous-évaluant probablement la prévalence du burn out	217
1.2. Le MBI, un instrument partial et désajusté de mesure du burn out ?	219
1.3. Des résultats inadvenus.....	222
1.3.1. Le facteur traumatique : de l'agression à la construction identitaire des soignants..	222
1.3.2. Le facteur pulsionnel dans le burn out : un rendez-vous manqué ?.....	223
2. De quelques apports originaux à l'étude du burn out en alzheimerologie	226
2.1. Retour sur deux hypothèses de travail :	
clivage et principe d'expansion permanente du Moi	226
2.1.1. Du clivage	226
2.1.2. Proposition d'un principe d'expansion permanente du Moi.....	228

2.2. Face à la maladie d'Alzheimer, une ou plusieurs fatigues ?.....	229
2.2.1. Fatigue physique vs. psychologique, une scission usuelle	230
2.2.2. Une typologie des fatigues en alzheimerologie	231
2.2.2.1. La fatigue d'impuissance	231
2.2.2.2. Hypervigilance — ou hyperactivité ?	236
2.2.2.3. Fatigues d'envahissement et de répétition : les deux faces d'une même médaille ?.....	237
2.3. L'avancée dans la carrière, intégration réussie d'une idéologie sacrificielle latente.....	243
2.3.1. Une idéologie de la recherche de la souffrance non masochique ?	243
2.3.2. Le narcissisme moral : l'omnipotence derrière l'humilité	245
2.3.3. La reproduction de l'idéologie narcissique morale.....	246
Conclusion	251
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	252
Quelle traduction opérationnelle ?	253
Une conception généralisable ?	254
Vers la réémergence d'une science de la fatigue ?	255
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	257
ANNEXE 1 – Questionnaire utilisé pour le volet quantitatif.....	286
ANNEXE 2 – Affichette utilisée lors de la remise du questionnaire rempli.....	287
ANNEXE 3 – Grille d'entretiens utilisée pour le volet qualitatif	288
ANNEXE 4 – Engagement de confidentialité remis aux interviewés.....	289
ANNEXE 5 – Rapport statistique.....	290
ANNEXE 6 – Réponses recueillies a la question ouverte n° 43	368
ANNEXE 7 – Déterminants psychosexuels.....	383
ANNEXE 8 – Liste des publications.....	387

Introduction

L'épuisement professionnel (*burn out*) des professionnels de santé œuvrant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer relève-t-il des mêmes causes, des mêmes mécanismes, processus et interactions que le *burn out* décrit dans les autres professions et dans les autres secteurs d'activité, ou présente-t-il des spécificités liées à la maladie elle-même et/ou à ses structures de prise en charge ?

La présente Introduction a pour objectif de montrer l'intérêt de ce questionnement sous l'angle à la fois sociétal et scientifique [Antonius, 2007]. L'étude du *burn out* chez les soignants de gériatrie se situe à la confluence de deux enjeux majeurs de société : d'une part, le vieillissement de la population et l'accroissement subséquent du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autre part l'émergence de la question de la santé et de la qualité de vie au travail — là réside son intérêt sociétal (section 1.). Quand elle a été abordée dans la littérature scientifique, cette question l'a été sous des prismes qui nous ont semblé insuffisamment spécifiques à la fois à l'épuisement professionnel et à la maladie d'Alzheimer — là réside l'intérêt scientifique de notre recherche (section 2.). Subsidiairement, cette Introduction fournira l'occasion d'explicitier quelques éléments de langage spécifiques à l'alzheimerologie¹ ou à l'exhaustologie². Précisons pour finir qu'à ce stade, si la réflexion est argumentée, elle ne fait

¹ Par commodité, nous recourons fréquemment, dans la suite de ce manuscrit, à ce néologisme qui contracte avantageusement l'expression « filière de prise en charge des démences de type Alzheimer ». L'utilisation du terme dans l'intitulé d'un diplôme inter-universitaire Alzheimerologie et pathologies apparentées co-habité par l'Institut de psychologie de l'université Lyon II et la faculté de médecine de l'université de Reims nous a semblé en légitimer l'utilisation.

² La littérature donne parfois à lire, sans que la communauté scientifique ne s'en offusque, le barbarisme « burnoutogène », que nous proposons de remplacer par « exhaustogène », formé à partir du supinatif *exhaustum* du verbe latin *exaurire* (« vider, épuiser »), et de *genus* (« naissance, origine »), lui-même dérivé du grec ancien γένος, génos (« race »). Ce néologisme a l'avantage d'être construit à partir de la même langue (le latin) et d'être déclinable à volonté : l'on pourra ainsi parler d'« exhaustogénie » (ou « exhaustogénèse ») pour désigner le processus responsable du déclenchement et du développement de l'épuisement professionnel (ce qui, nous le verrons, évitera la confusion, propre à l'ensemble des risques psychosociaux, entre un processus, ses causes et son état final), et d'« exhaustogénicité » pour désigner la capacité d'un événement à provoquer le *burn out* (pouvoir exhaustogène). Ce terme n'a, à notre connaissance, été utilisé qu'une seule fois dans la littérature francophone [de Soir, 2010, p. 117]. Dans cette logique, l'exhaustologie constitue donc un nouveau champ scientifique transdisciplinaire, se consacrant à l'étude des différentes formes de fatigue — tel est le point de vue que nous défendrons dans l'avant-propos du *Dictionnaire de la fatigue* que nous coordonnons et que l'éditeur d'érudition suisse Droz publiera au cours du premier semestre 2015. Enfin (et ce n'est pas le moindre de ses

pas l'objet d'un étayage bibliographique sophistiqué : elle n'a pour seule finalité que de circonscrire notre questionnement et de ciseler notre question de recherche.

1. Le vieillissement, un enjeu multiple pour l'alzheimerologie et le système de santé

Cette section entend sommairement agréger les principales pressions, en lien avec notre thème de recherche, exercées par le vieillissement de la population sur le système de santé.

La démence est une affection neurologique fréquente et létale qui domine toute la pathologie mentale des personnes âgées. Nous utiliserons dans la suite de ce manuscrit l'expression « maladie d'Alzheimer » dans une acception élargie, conforme à l'usage professionnel qui en est fait. Les vocables « démences », « démences de type Alzheimer », « démences de la personne âgée » ou « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées », eux-mêmes fréquemment abrégés en « maladie d'Alzheimer », désignent en effet un ensemble de pathologies ayant en commun d'occasionner un syndrome démentiel et d'être incurables, qu'elles soient soit neurodégénératives (maladie d'Alzheimer *stricto sensu*, démence à corps de Lewy, démences lobaires fronto-temporales, démences associées à un syndrome parkinsonien) ou « secondaires », c'est-à-dire consécutives à une cause première (notamment vasculaire, toxique ou infectieuse) [Verny, Pariel et Belmin, 2009].

En France, les démences de type Alzheimer frapperaient 857 000 personnes de 65 ans ou plus (8,7 %), 80 % d'entre elles présentant une maladie d'Alzheimer vraie (environ 682 000). On estime à plus de 225 000 le nombre de nouveaux cas chaque année (2,3 % des 65 ans ou plus). Mais le taux d'incidence augmentant avec l'âge et la population générale vieillissant (tableau 1), le système de santé français pourrait être amené à prendre en charge 1,3 million de personnes âgées atteintes en 2020 [Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2005]. Ce phénomène dépasse amplement les frontières nationales, puisque le nombre de personnes

mérites), notre proposition permet de proposer un corpus de terme aisément traductibles, avec une probable assez bonne acceptabilité en anglais (puisque *exhaustion* signifie « épuisement ») : *exhaustogen*, *exhaustogenesis*, *exhaustogenicity*, etc.

affectées est passé, dans le monde, de 24 millions au début des années 2000 à 35,6 millions en 2010, ce nombre doublant tous les vingt ans [Ferri et al., 2006 ; Wino et Prince, 2010].

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	dont			
		65-74 ans		75 ans et +	
		en %	en milliers	en %	en milliers
2015	64 514	9,3	6 000	9,3	6 000
2020	65 962	11	7 256	9,4	6 200
2025	67 285	11,1	7 469	10,9	7 334
2030	68 532	11,1	7 607	12,3	8 429
2035	69 705	11,1	7 737	13,6	9 480
2040	70 734	11,1	7 851	14,7	10 398
2050	72 275	10,2	7 372	16	11 564
2060	73 557	10,5	7 723	16,2	11 916

Tableau 1 • Projections de population à l’horizon 2060 [Blanpain et Chardon, 2010].

L’entourage proche s’efforce généralement de faire jouer la solidarité familiale, mais l’aggravation des manifestations cliniques rend fréquent le recours à des structures médico-sociales communautaires ou ambulatoires, puis inéluctable l’admission dans une institution spécialisée et médicalisée. De sorte que la maladie d’Alzheimer représente le principal motif d’entrée en institution : 40 % environ des personnes âgées atteintes y vivent (70 % lorsque la maladie entre dans ses stades les plus sévères) [Ramaroson et al., 2003].

L’on dénombrait en France, fin 2011, 10 481 établissements d’hébergement pour personnes âgées (EHPA). Le principal type d’EHPA est dédié aux personnes âgées *dépendantes* (EHPAD) physiquement et/ou psychiquement : il représente 74 % des établissements (soit 7 752) et 82 % des places offertes (soit 592 900) à la fin 2011, avec un poids de plus en plus prégnant [Volant, 2014]. Certains EHPAD disposent d’unités dites « tout-Alzheimer », exclusivement dédiées à la maladie d’Alzheimer : pôles d’activités et de soins adaptés, unités d’hébergement renforcées, etc. Le développement de solutions de prise en charge précoce (en ambulatoire et en communautaire) a conduit à réserver l’admission en EHPAD aux personnes les plus dépendantes : 89 % des

résidents des EHPAD sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4)³, dont 55 % en très grande dépendance (GIR 1 et 2), cette prépondérance étant en augmentation structurelle.

En 2007, les 10 481 EHPA employaient 397 353 personnes, dont 109 304 agents de service (hospitalier), 107 410 aides-soignants, 34 706 infirmiers, 9 653 auxiliaires de vie sociale, 7 150 médecins (dont 4 462 médecins coordonnateurs), 5 068 personnels d'encadrement, dont 4 783 cadres infirmiers, 3 611 psychologues, 1 238 masseurs-kinésithérapeutes, 978 ergothérapeutes et 503 psychomotriciens [Perrin-Haynes, 2010].

Le premier enjeu auquel les EHPAD sont confrontés est donc double, puisqu'il s'agit de prendre en charge un nombre de résidents d'une part toujours croissant, d'autre part de plus en plus dépendants.

Mais le système de santé ne se résume pas aux établissements *médico-sociaux* que sont les EHPA(D) : son noyau dur est constitué des établissements sanitaires (hôpitaux et cliniques), dans lesquels toute personne âgée est susceptible d'être prise en charge pour n'importe quelle pathologie principale aiguë ou chronique autre que la maladie d'Alzheimer. Par essence, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont particulièrement concernés, puisque leur mission est de rendre leur autonomie à des patients au sortir d'un traitement médical (oncologique, notamment) ou chirurgical (appareil locomoteur, polytraumatismes), avec un recrutement parfois important de patients âgés. Certaines cliniques SSR sont d'ailleurs dotées d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) spécifiquement dédiée à l'accueil des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer.

La pression démographique s'exerce donc mécaniquement sur l'ensemble de la filière SSR Adultes. Si cette pression est triviale pour certaines spécialités (SSR gériatriques ou onco-hématologiques par exemple), elle constitue un véritable enjeu pour d'autres dont la vocation est moins intimement liée à l'âge du patient (SSR locomoteurs ou cardiovasculaires par exemple). Ainsi, les spécialités les plus polyvalentes semblent déjà engagées de façon plus ou moins informelle dans une évolution de l'équilibre de leur patientèle traditionnelle (polytraumatisés, sujets sportifs et personnes âgées, les deux premiers groupes de patients constituant, pour

³ La grille AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée en fonction de sa capacité à accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle distingue 6 groupes iso-ressources (GIR), des personnes les plus dépendantes (GIR 1) aux personnes les moins dépendantes (GIR 6).

certaines professionnels de la médecine physique et de réadaptation, la partie noble du métier, et étant de plus en plus volontiers adressés à des établissements spécialisés), qui les conduira à intégrer une proportion plus importante de personnes âgées, donc de personnes âgées démentes.

À ce phénomène dont la fréquence est inconnue, s'ajoute le sous-diagnostic notoire de la maladie d'Alzheimer, qu'elle soit sous-déclarée à l'admission ou non détectée — nous avons nous-même contribué à montrer que 22 % des sujets de plus de 75 ans admis en SSR souffraient d'une maladie de type Alzheimer jamais diagnostiquée jusque lors [Porte et al., 2012], confrontant les équipes et les structures à une pathologie à laquelle elles sont généralement mal adaptées, mal sensibilisées, voire hostiles. La prise en charge technique est elle-même altérée par le statut cognitif du patient [Hauer, Dutzi et Schwenk, 2014].

L'enjeu en SSR est donc à la fois de garantir la bonne prise en charge des patients, fussent-ils déments, et de préserver la partie la plus rétive des équipes soignantes d'un ressenti de déclassement et des incidents liés aux troubles comportementaux inhérents à la maladie d'Alzheimer, ces deux dimensions interagissant. Si besoin était de quantifier cet enjeu, rappelons que les 2 710 établissements de santé recensés en France employaient, fin 2010, près de 1,2 million de personnes (tous types d'emplois confondus). Parmi eux, 321 établissements SSR employaient environ 100 000 personnels médicaux ou soignants (en équivalents temps plein) [Boisguérin et Minodier, 2012].

Cette sous-section a permis de montrer que l'évolution démographique représente pour la filière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer un double enjeu : d'un côté une croissance à la fois extensive et intensive des besoins d'accueil des EHPAD, de l'autre une augmentation probable du nombre de patients déments accueillis en SSR, dans des équipes qui n'y sont pas forcément préparées. Elle invite également à une démarche d'essence comparatiste : *le type de structure (médico-sociale ou sanitaire) amène-t-il à des approches, à des pratiques, à des attitudes et à des réceptivités différentes à l'égard de la maladie d'Alzheimer, liées à ses missions, à son environnement réglementaire et technique ou à sa culture professionnelle ?*

Le vieillissement de la population affecte également, comme dans divers secteurs économiques, la pyramide des âges des salariés du système de santé. Le vieillissement des équipes des filières sanitaire et médico-sociale y impose un effort d'attractivité de nouveaux salariés, de compensation des départs (en retraite notamment) et de fidélisation des salariés actuels

[Kranklader, Minodier et Fourcade, 2013] d'autant plus soutenu que le secteur est traditionnellement marqué par un turn-over important et par une « baisse des vocations », le prestige social déclinant des professions soignantes (et même traditionnellement faible des métiers du *care*) venant moins facilement compenser son image de secteur à faibles rémunérations et à conditions de travail difficiles.

D'autre part, le secteur est marqué par une diversité ethnique parfois très forte⁴, le *care* s'avérant, par sa faible technicité et ses besoins de main-d'œuvre non pourvus, attractif pour des candidats d'origine étrangère. Cette diversité conduit à des populations hétérogènes en termes de formations initiales, de niveaux de formation, de cultures, de nationalités ou d'âge, comme dans d'autres secteurs économiques tels que le BTP ou l'hôtellerie-restauration [Glee et Roger, 2007]. Il est légitime de postuler que les relations intersubjectives, la santé psychique au travail ou le collectif de travail sont affectés par divers déterminants signant l'appartenance culturelle de chaque soignant pris individuellement et par le *maelström* né de cette diversité.

La qualité de vie au travail — et par conséquent la démarche de prévention des risques psychosociaux — peut ici être considérée comme un élément plus ou moins important de la politique de recrutement ou de fidélisation des salariés. C'est donc à l'étude des risques psychosociaux (catégorie à laquelle appartient le burn out) tels qu'ils sont actuellement abordés dans la filière que nous allons maintenant nous consacrer.

2. Les risques psychosociaux en alzheimerologie

Les risques psychosociaux seront ici définis « comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens » [Gollac et Bodier, 2011, p. 31]. Cette catégorie inclut donc des notions telles que le harcèlement moral, le harcèlement sexuel, les

⁴ Dans notre échantillon, les soignants de certains sites ressortissent parfois, en Île-de-France, de 14 nationalités différentes, pour des équipes comportant moins de 100 salariés.

discriminations de tous ordres, le burn out, le suicide au travail ou sa tentative, la fatigue compassionnelle, le workaholism, etc., voire les troubles musculo-squelettiques [Zawieja et Guarnieri, 2014].

Les professions soignantes prises dans leur globalité sont considérées comme particulièrement exposées aux risques psychosociaux. L'exhaustologie s'appuyant pour une large part sur des concepts et notions communs à l'ensemble des risques psychosociaux, une synthèse rapide de ce corpus nous a semblé de nature à circonvenir les mécanismes et processus non spécifiques au burn out mais utilisés ou décrits dans son étude, de façon à pouvoir en dégager quelques questionnements et à polariser la revue de littérature, objet du chapitre 1, sur le strict épuisement professionnel en alzheimerologie.

Nous proposons de distinguer arbitrairement, parmi ceux identifiés en alzheimerologie, trois groupes de facteurs de risques psychosociaux, souvent interreliés et impliquant l'allocation des ressources et les conditions de travail (2.1.), l'organisation et le contenu du travail (2.2.), et les conséquences organisationnelles desdits risques (2.3.).

2.1. Allocation des ressources et conditions de travail

La question des ressources matérielles imprègne toute la littérature scientifique et professionnelle sur le bien-être au travail. La gérontologie n'échappe pas à la règle, où « l'exigence à l'égard du personnel s'accroît sans que les moyens et les sources de reconnaissance n'évoluent proportionnellement » [Rogez, 2009], véhiculant chez les soignants un ressenti de « qualité empêchée », c'est-à-dire d'insuffisance des moyens nécessaires à l'accomplissement d'un travail de qualité, qui n'est pas spécifique à ce secteur d'activité [Clot, 2010, p. 39].

Les réformes successives sont susceptibles d'expliquer cette perception. La tarification des maisons de retraite est remaniée en 1999, introduisant la distinction entre un tarif d'hébergement, à la charge du résident, un tarif de soins, à la charge de l'Assurance maladie, et un tarif dépendance à la charge de l'utilisateur, éventuellement subventionné par le conseil général (ce tarif donnant lieu à une convention étayée par les engagements de l'institution en matière de démarche qualité). Dans le même temps, les principes du « nouveau management public » sont appliqués au système de santé à partir de 2003, afin d'améliorer son efficacité et de maîtriser les

dépenses publiques [Giauque, 2014], et impactent depuis 2008 la gestion des effectifs. Par ricochet, ce mouvement affecte le secteur médico-social, dont le législateur tend à organiser la convergence avec le secteur sanitaire, notamment depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans les groupes de santé privés, gérant à la fois des établissements sanitaires et des établissements médico-sociaux, il est possible que l'impact de ce processus soit amplifié puisque le modèle médico-social est appelé à évoluer en partie vers le modèle sanitaire prédominant, lui-même en pleine transformation.

Ce contexte de rationalisation du secteur, aisément perçu comme une raréfaction des moyens, dissonne face à la croissance affichée par les grands groupes de santé privés, alimentée par une politique intensive d'acquisitions, de créations et de restructurations de sites, en France comme à l'international. À plusieurs reprises, le Groupe ORPEA, qui constitue notre terrain de recherche, a ainsi fait appel au marché pour financer son développement et entamer diverses mutations capitalistiques. Sa communication financière, destinée aux investisseurs et aux autorités financières, permet par nature à ses salariés et à leurs instances représentatives d'accéder à des données chiffrées dont les ordres de grandeur sont difficilement compréhensibles lorsqu'ils sont comparés aux budgets de fonctionnement d'un EHPAD isolé — hiatus éventuellement vécu sur le registre de l'injustice ou de l'idéologie (« marchandisation de la santé »)... *Quel impact ce dynamisme des principaux groupes de santé privés a-t-il, au niveau local, sur l'environnement et les conditions de travail perçus par les soignants (centralisation de certaines décisions ou procédures, besoins de coordination divers, création ou transformation de services, d'unités ou d'établissements, etc.) et sur leur qualité de vie au travail ?*

Les modalités d'allocation des ressources peuvent apparaître illégitimes lorsqu'elles ne s'adaptent qu'imparfaitement aux besoins réels du résident. Ainsi, le niveau de dépendance, évalué à l'entrée dans l'institution parce qu'il conditionne la prise en charge par les financeurs, influence partiellement mais fortement la charge de travail du personnel. Or, il tend à s'accroître avec le temps, sans que les ressources soient nécessairement réévaluées [Rogez, 2009, p. 10]. Semblablement, les familles de personnes récemment décédées modulent leur appréciation quant à l'allocation des ressources en fonction du jugement qu'elles portent sur l'établissement : dans les établissements jugés les moins performants, elles expliquent les chutes (facteur de surmortalité) par le manque de personnel, quitte à attribuer ce dernier au rachat par une

entreprise à but lucratif ; dans les établissements considérés comme les plus performants, les soignants sont perçus comme s'étant occupés de leur aîné comme l'aurait fait un membre de la famille, prenant le temps de prodiguer des soins personnalisés [Tilden et al., 2012].

Au total, cette « raréfaction des ressources » apparaît donc modulée par le type, le statut juridique et la santé financière de l'établissement ou du groupe d'établissements dans lequel évoluent les soignants. Elle contribue à une perception d'intensification du travail (« faire plus avec moins et plus vite ») si elle est associée à un surcroît subjectif de travail. Or, nous l'avons vu plus haut, les pressions démographiques conduisent à accueillir une population toujours plus nombreuse, toujours plus âgée et toujours plus dépendante. C'est donc à la charge de travail et, plus généralement, à son organisation et à son contenu, que la sous-section suivante est consacrée.

2.2. Organisation et contenu du travail

À la suite de Livian, l'organisation du travail peut être définie comme l'ensemble des règles et des processus, formalisés ou non, cherchant à répartir le travail et à assurer sa coordination. Trois de ses domaines principaux sont susceptibles de créer des conditions d'émergence de risques psychosociaux : la définition des contraintes de travail (2.2.1.), les modes de contrôle et l'autonomie (2.2.2.) et les rapports sociaux (2.2.3.) [Livian, 2014].

2.2.1. Contraintes de travail

Le sentiment d'intensification du travail évoqué plus haut résulte de plusieurs facteurs :

- l'accroissement de la charge de travail, lié à la limitation ou à la mauvaise répartition des effectifs, à l'absentéisme ou au temps consacré à l'accueil et à la formation palliant l'inexpérience des jeunes recrues (notamment sur les sites dont la taille insuffisante ne permet pas d'envisager une équipe volante permettant de pallier les absences), ou à l'ajout de tâches ;
- la complexification du travail et la montée des exigences formelles (normes, procédures, etc.) ;

- l'accélération des tâches (resserrement des délais, gestion simultanée de plusieurs patients, tâches ou sollicitations, interruptions de tâches, etc.), d'autant plus pathogène qu'elle induit de nombreuses injonctions paradoxales : prendre en compte la spécificité des démences de type Alzheimer impose de prendre un temps que les soignants n'ont pas ; favoriser l'autonomie du résident induit de lui faire faire un maximum de gestes de la vie quotidienne, alors qu'il serait plus rapide de les faire à sa place ; accompagner les personnes se double d'une obligation de justification comptable de chaque activité protocolarisée...
- l'accumulation d'opérations de changement (introduction de nouvelles applications informatiques, etc.) à un rythme rapide ne laissant pas le temps d'élaborer des pratiques professionnelles adaptées.

2.2.2. Contrôle et autonomie

Plusieurs tendances de l'organisation du travail contribuent à une modification des modalités de contrôle : le nouveau management public induit, en contrepartie d'une plus grande autonomie managériale des « prestataires » de l'État, une augmentation symétrique des contrôles visant, par le truchement d'indicateurs divers, à s'assurer que les missions et objectifs sont remplis dans le respect des standards de qualité prédéfinis. Dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux, les normes de qualité et recommandations de bonnes pratiques sont émises — et leur irrespect, sanctionné — par les agences régionales de santé, la Haute Autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, etc. La juxtaposition des normes sanitaires ou sécuritaires, émanant des autorités, et des procédures ou protocoles proposés par le siège des grands groupes privés pèse sur tous les personnels, y compris administratifs. Certains directeurs d'EHPAD estiment ainsi que la quantité de papiers traités a été multipliée par 10 depuis la loi de 2002 renforçant les droits et l'information des patients [Rogez, 2009, p. 14]. Les adaptations s'avèrent, pour les salariés, chronophages et exigeantes en termes de ressources physiques et psychiques, et traduisent des conflits de valeurs importants entre logiques soignantes et logiques managériales [Belorgey, 2010 ; Giauque, Resenterra et Siggen, 2013].

Divers modes de management contribuent de leur côté soit à restreindre l'autonomie des soignants, comme l'absence de participation aux prises de décision, liée à la culture de

l'établissement (notamment lorsqu'elle favorise la prescription descendante, comme la culture hospitalière), ou l'association irrégulière à l'organisation du travail, soit au contraire à accorder aux équipes une autonomie excessive, source d'incertitudes pouvant déboucher sur des attitudes de retrait ou sur l'impression d'être livré à soi-même (temps de présence et degré d'implication jugés insuffisants des médecins coordonnateurs à temps partiel, turn over important des infirmiers coordonnateurs, etc.) [Rogez, 2009, p. 15].

L'on notera au demeurant que cet équilibre entre contrôle et autonomie est à la base du modèle désormais classique d'analyse du stress proposé par Karasek. Ce modèle « exigences / contrôle » (*job demands/control*) affirme que la santé physique et psychique du travailleur dépend de l'interaction entre les exigences psychologiques nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (complexité, urgence, ambiguïté de rôles, etc.) et le degré de contrôle qu'il exerce sur son activité (latitude décisionnelle). Une tension (*job strain*) apparaît lorsque des exigences élevées sont associées à un faible contrôle [Karasek, 1979].

2.2.3. Rapports sociaux et relation à autrui

L'organisation du travail contribue à définir le tissu social au sein duquel le soignant se trouve immergé en contexte professionnel. Ces rapports sociaux incluent les interactions avec les « parties prenantes », qui peuvent s'exprimer en termes d'exigences ou de prescriptions :

- les exigences liées au résident lui-même, matérialisées par la définition d'un projet de vie, ou induisant de tenir compte de la personnalité et de l'histoire de vie du résident. Là encore, une injonction paradoxale est à souligner, puisque la demande de soin relève souvent d'une demande de présence, alors que cette dernière ne fait pas partie du travail du personnel de soin en tant que tel...
- les exigences liées à la famille du résident, dont la culpabilité de « placer » son aîné se traduit par son exigence vis-à-vis du personnel. Si le poids des exigences de la famille se fait d'autant moins ressentir que sa présence est fréquente (connaissance du personnel, participation aux actes de la vie courante...), les soignants constatent que les familles sont de moins en moins présentes. Le renforcement des droits du résident contribue par ailleurs à élever le niveau d'exigence des familles ;
- les prescriptions du personnel médical, en lien avec l'état de santé du résident ou patient ;

- les interactions avec les autres membres du personnel soignant, parfois marquées par le travail en pluridisciplinarité, qui favorise l'entraide, l'échange des points de vue et, plus globalement, le soutien social entre les soignants, et permet de viser à la fois la cohésion de l'équipe et la cohérence du projet de soins [Gibowski, 2012] ;
- enfin, les exigences liées aux financeurs, déjà évoquées, qui s'expriment dans l'allocation et l'organisation des ressources, et dans le respect des obligations réglementaires (*v. supra*).

Au final toutefois règnerait chez certains le sentiment général d'un manque sourd, difficilement définissable et protéiforme, que nous proposons de regrouper sous le terme de « reconnaissance » : perte de sens du travail soignant, multiplication des procédures s'opposant à l'empirisme des pratiques soignantes, qui prônent au contraire le *person-centred care*, dénégation des difficultés du travail, absence ou insuffisance de soutien hiérarchique, manque de reconnaissance des familles — la seule sur laquelle les soignants puissent s'appuyer puisque le résident dément ne peut par définition que très difficilement l'exprimer...

Enfin et surtout, le rapport à l'Autre est ici dominée par la relation soignant/soigné. En alzheimerologie, la relation d'empathie est mise à mal par deux caractéristiques considérées comme des sources de souffrance majeures pour les équipes : la confrontation avec la mort et les troubles du comportement.

La maladie d'Alzheimer représente la quatrième cause de décès en France, provoquant 17 283 décès en 2008 (3,2 % des décès) ; les autres démences représentent quant à elles la neuvième cause (10 015 décès, soit 1,8 % des décès) [Aouba et al., 2011]. Par ailleurs, 25 % des résidents d'EHPAD décèdent chaque année, dont 74 % dans l'EHPAD même, 25 % à l'hôpital et 1 % en unité de soins palliatifs, soit 20 décès par EHPAD et par an [Observatoire national de la fin de vie, 2013]. Cette tendance est plutôt haussière, et 40 % des décès de personnes de plus de 65 ans pourraient en 2020 survenir en EHPAD [Tilden et al., 2012].

La question de la fin de vie et des soins palliatifs est donc d'autant plus délicate que les soins de longue durée induisent une proximité physique, voire un lien affectif puissant, entre le soignant et le soigné, d'ordre quasi familial [Anderson, 2008 ; Anderson et Ewen, 2011]. La crainte de la mort, la gêne en présence de personnes en fin de vie et, d'une façon, l'exposition à des personnes mourantes [Gray-Toft et Anderson, 1981 ; Pruyser, 1984] constitueraient des sources de stress importantes. Le maintien d'une distance professionnelle adaptée, la préoccupation d'assurer au

patient un confort maximal et de lui délivrer une information répondant à tous ses besoins (notamment à celui d'anticiper son décès), et le rôle d'interface entre le patient et sa famille constituent eux aussi des facteurs de stress [Peterson et al., 2010a], dans une période particulièrement délicate, où l'expérience informelle des pairs, la religion et le soutien d'un aumônier, voire le réconfort reçu de la famille et du patient lui-même représentent des ressources pour le soignant [Peterson et al., 2010b]. Chaque décès de résident donne lieu à une réaction de deuil [McCarty et Drebing, 2002] s'accompagnant d'une culpabilité dont la fonction est de lutter psychiquement contre l'impuissance (si je me sens coupable, c'est que je suis responsable, donc pas impuissant face à la situation) [Price et Murphy, 1984]. Ce sentiment peut être à l'origine d'un processus maladaptatif, conduisant à l'abaissement des normes de soin ou au maintien d'un professionnalisme efficace mais distant [Hare, Pratt et Anderson, 1988]. Le nombre de décès enregistrés dans l'unité ou le service est, globalement, un facteur de risque de souffrance pour l'équipe [Duquette et al., 1997] ; mais plus le nombre de décès enregistrés est faible, plus le risque de deuil compliqué (caractérisé par une durée plus longue et par des troubles anxio-dépressifs) augmente [Anderson et Gaugler, 2007].

La seconde cause de dégradation de la relation de soin est, au quotidien, plus fréquente que la confrontation à la mort : les soignants consacraient plus de 40 % de leur temps à gérer les comportements « difficiles » ou « perturbateurs » [Mackenzie et Peragine, 2003]. Le déclin cognitif inhérent à la maladie d'Alzheimer est en effet à l'origine de troubles du comportement, aberrants en ce qu'ils contreviennent généralement à des normes sociales et qui, en venant à bout des solidarités familiales, justifient généralement l'institutionnalisation. Ceux de ces troubles dits « non productifs » (apathie, retrait, indifférence, dépression, troubles de l'appétit...) sont dangereux pour le sujet lui-même, en raison d'un risque de dénutrition ou de déshydratation. Les troubles dits « productifs », décrits dans le tableau 2, interfèrent en revanche avec la bonne prise en charge et la sécurité d'autrui.

Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitive.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du rythme nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Tableau 2 ■ Typologie des troubles du comportement perturbateurs [Haute Autorité de santé, 2009].

Signalons que 56 % des infirmiers et 60 % des médecins généralistes non spécialisés qualifiaient, dans une étude de 1999, de modérément à très stressant le fait de travailler auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, estimant notamment que répondre aux troubles du comportement du patient relevait de missions extérieures à leur rôle traditionnel [McIntosh et al., 1999]. Même chez les soignants spécialisés, les troubles du comportement sont généralement considérés comme la principale source de stress [par exemple, McKenzie et al., 2011 ; Schmidt et al., 2012].

La fréquence des comportements difficiles, qui concerneraient un patient sur deux environ [Everitt et al., 1991] tandis que, dans une étude allemande récente, 56 % des soignants de gériatrie estimaient avoir vécu un épisode de violence physique, et 78 % un épisode de violence verbale [Schablon et al., 2012], et leur impact perçu sur la santé psychique des soignants amènent à soulever quelques questions :

- *la perception et l'attitude des professionnels à l'encontre des patients atteints varient-elles selon qu'ils sont eux-mêmes spécialisés ou non dans ce type de prise en charge, et/ou qu'ils œuvrent dans un service ou une institution spécialisés ou non ?*
- *tous les comportements difficiles sont-ils uniformément vécus sur le mode de l'agression ou de la violence par les soignants (en quel cas la psychotraumatologie offrirait une grille de lecture potentiellement plus pertinente que celle du burn out), ou sur un autre registre ?*
- *doit-on envisager de différencier plusieurs sous-types de comportements agressifs ou violents, avec des mécanismes et un retentissement éventuellement distincts ?*

La sous-section précédente (2.1.) avait permis de présenter comment l'allocation des ressources peut retentir sur les conditions de travail. Dans la présente sous-section, nous avons dressé un panorama des contraintes et exigences de travail auxquelles sont confrontées les soignants en alzheimerologie. Reste à étudier — et ce sera l'objet de la sous-section qui s'ouvre — les enjeux auxquels les risques psychosociaux exposent la filière, c'est-à-dire leurs conséquences organisationnelles.

2.3. Conséquences organisationnelles

Cette sous-section a principalement vocation à démontrer brièvement l'intérêt d'une recherche sur les risques psychosociaux en alzheimerologie. Nous situant sur le terrain du comportement organisationnel tout autant que sur celui de l'éthique, nous suggérons de distinguer ces conséquences indésirables selon qu'elles intéressent les ressources humaines du secteur ou la qualité des soins délivrés aux patients ou résidents.

2.3.1. Gestion des ressources humaines

Ce premier angle d'analyse appréhende l'établissement sanitaire ou médico-social (ou le groupe d'établissements) dans son rôle d'*employeur*, socialement responsable. Le premier enjeu, non spécifique de la filière, de l'étude et de la prévention des risques psychosociaux est d'ordre juridique : une obligation générale de prévention pèse sur tout employeur, quel qu'en soit le secteur d'activité, depuis la directive n° 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des

travailleurs au travail. Par ailleurs, la loi de modernisation sociale de 2002 a introduit dans le droit français la notion de « santé physique et mentale » en obligeant l'employeur à prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger ces deux versants de la santé (article L. 4121 du Code du travail). Les arrêts rendus par la Cour de cassation en 2002 dans le cadre des affaires liées à l'amiante ont, enfin, consacré une obligation de sécurité de résultat, l'employeur étant désormais astreint à prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention des risques au travail, y compris en matière de risques psychosociaux.

En termes de gestion opérationnelle, les risques psychosociaux entretiennent, nous l'avons vu, des liens étroits avec la rotation du personnel et l'absentéisme, qui viennent en retour alourdir la charge de travail des personnels restant en poste. Le *turn over* est difficilement quantifiable, et en l'absence d'étude européenne identifiée, nous ne pouvons que mentionner une publication américaine récente, estimant le coût du départ d'un soignant (hors personnel médical) à 2 500 dollars (environ 1 800 €) [Tilden et al., 2012]. Cette estimation inclut un ensemble de coûts directs ou indirects : indemnités de départ, frais de recrutement, coûts de sélection des candidats, coûts de formation, recours à l'intérim, surcoût liés aux accidents du travail, voire fermeture de lits, transferts de résidents, perte d'efficacité des infirmières durant la période de formation, etc. D'autres impacts immatériels doivent entrer en ligne de compte : baisse du moral des employés, détérioration de la culture organisationnelle, perte d'expérience et de compétences techniques et relationnelles...

2.3.2. *Qualité des soins*

Le second angle considère l'établissement de santé dans son rôle de prestataire d'un service de santé. Les risques psychosociaux sont constamment associés à diverses pertes de qualité qui, dans un contexte sanitaire, peuvent être vitales. Si les erreurs médicales ou soignantes ont été mises en avant [Galam, 2012], le principal enjeu, s'agissant de personnes dépendantes sur les plans physique et psychique, est celui de la maltraitance, quelles qu'en soient les modalités (psychologique, physique, financière ou civique), notamment par ignorance, négligence ou renoncement. Les risques psychosociaux, notamment les différentes formes de stress, sont considérés comme un facteur d'agressivité et de violence à l'égard des résidents ou patients, de leur famille ou de pairs [Gil-Monte, Moreno et Neveu, 2006 ; Sassi et Neveu, 2013]. Ce risque

est d'autant plus difficilement acceptable, socialement et juridiquement, que l'usager est ici une personne particulièrement vulnérable, et institutionnellement parce qu'ORPEA fonde sa culture d'entreprise, son organisation et sa stratégie sur l'éthique, l'ensemble des équipes du Groupe menant une réflexion permanente sur la qualité et le sens des soins et de l'accompagnement des personnes âgées.

Conclusion — Notre question de recherche, son originalité et ses limites

Notre recherche s'est donné pour ambition de contribuer à une meilleure compréhension du burn out en explorant l'impact de la maladie d'Alzheimer du résident sur le bien-être au travail du soignant. Il convient d'insister encore et toujours sur la *spécificité* car, tout au long de ce travail, la préoccupation qui a été la nôtre a consisté à déterminer si et dans quelle mesure le burn out procède, en alzheimerologie, de facteurs de risque ou de protection *sui generis* se superposant, s'ajoutant ou se substituant aux critères habituellement décrits dans la littérature consacrée au burn out dans d'autres métiers ou secteurs industriels.

Pour répondre à cet objectif, les interrogations émaillant la présente Introduction nous conduisent à distinguer deux plans d'analyse.

Le premier, à très large spectre, cherche à établir l'impact de l'organisation de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur le burn out des équipes. Il englobe les facteurs liés à l'environnement (contexte démographique, administratif, macro- et microéconomique...) et à l'organisation du travail (type d'établissement ou de service, coopération entre métiers...). L'approche organisationnelle est banale dans la littérature, qu'elle soit spécifique ou non ; mais le soutien apporté par le Groupe ORPEA permet d'explorer sur une large échelle un terrain de recherche original à triple titre :

- son statut de groupe de santé privé ;
- sa croissance soutenue, contrastant potentiellement avec le discours de raréfaction des ressources planant sur les environnements ordinairement étudiés ;
- et la coexistence de plusieurs types d'établissements aux vocations complémentaires, notamment les EHPAD et les établissements de SSR.

Le second plan d'analyse, plus focalisé, s'intéresse aux répercussions de la maladie d'Alzheimer, via ses manifestations cliniques, sur l'intersubjectivité et l'émotionnalité, dans l'exécution de la tâche : proximité soigné/soignant, fin de vie et confrontation à la mort, troubles du comportement... La question de la fin de vie n'étant pas spécifique à la maladie d'Alzheimer, c'est sur les dimensions cognitives et comportementales que nous concentrerons nos interrogations.

Limites

Cette démarche pourra sembler pâtir de ses partis pris originels. En travaillant sur deux plans d'analyse, nous prenons par exemple le risque d'échouer à articuler les deux registres et de n'explorer aucun des deux avec suffisamment de profondeur. Mais le choix était cornélien : le soutien institutionnel d'ORPEA exigeait que des résultats opérationnalisables pussent être fournis, plaidant pour le niveau d'analyse organisationnel ; à l'inverse, la relation soignant/soigné revêt une telle importance dans la qualité des soins qu'elle ne nous semblait pas pouvoir être négligée. Entre les deux plans, nous avons donc choisi de ne pas choisir...

Par ailleurs, isoler le facteur « maladie d'Alzheimer » comme nous le ferons ici revêt une dimension quelque peu factice ou artificielle, péchant par excès de simplification. Nous avons choisi d'écarter la fin de vie de notre périmètre de recherche, mais d'autres phénomènes fréquents auraient pu être pris en compte, comme la douleur. En pratique, le grand âge est en effet souvent polypathologique, et les résidents souffrent rarement de la maladie d'Alzheimer *seule* : diverses maladies cardiovasculaires, rhumatismales ou métaboliques peuvent par exemple altérer leur état de santé, pour ne citer que des pathologies chroniques. Là encore, nous assumons cette option, qui permettra peut-être d'enrichir ponctuellement les théories ou modèles du burn out existants.

Enfin, revendiquer comme nous le faisons la *spécificité* des paramètres étudiés écarte par définition les déterminants que l'alzheimerologie partage avec d'autres secteurs d'activité. Là encore, il s'agit pour nous, en simplifiant la réalité, d'en mieux appréhender certains aspects. Les connaissances non spécifiques à ce champ professionnel n'ont pas été ignorées pour autant. Mais faisant l'objet d'une synthèse publiée [Zawieja et Guarnieri, 2013], elles n'ont sciemment pas été reprises ici, afin de ne pas alourdir démesurément le présent manuscrit.

Plan de la thèse

La première étape de cette démarche a par conséquent consisté à établir un catalogue raisonné des connaissances actuellement disponibles sur le burn out, en ne retenant que la littérature consacrée à l'alzheimerologie. Cette phase a permis d'énoncer, dans le chapitre 1, la thèse générale de notre recherche, qui analyse le burn out comme un processus de perturbation ou de trouble de l'identité, notamment professionnelle, du sujet, ainsi que deux hypothèses de recherche pour tenter d'expliquer la rupture des équilibres identitaires par le burn out :

- d'une part, les « agressions » subies de la part des résidents ou des familles (conflits) perturbent l'équilibre des identifications soignant / soigné et soignant / famille ;
- d'autre part, certains facteurs organisationnels viennent mettre à mal l'identité professionnelle des soignants en déséquilibrant les identifications entre les soignants ou entre le soignant et l'institution,

la conjonction des deux mécanismes perturbant l'équilibre entre le soignant et l'image qu'il se fait de lui-même, donc son identité, d'abord professionnelle, puis personnelle.

La méthodologie de notre recherche fournira la matière à notre chapitre 2. Le recours aux deux niveaux d'analyse décrits plus haut nous a conduit à procéder dans un premier temps à une étude de type quantitatif, afin de répondre au questionnement du volet organisationnel de notre démarche. Le volet intersubjectif a, pour sa part, été exploré au cours d'une phase qualitative, recourant à 18 entretiens semi-directifs avec des soignants d'EHPAD.

Le chapitre 3 est consacré à la présentation des résultats auxquels ce travail nous a permis de parvenir. L'identification de certains déterminants et de mécanismes liés, par les soignants eux-mêmes, à l'émergence de ressentis de fatigue nous conduit à proposer d'agencer l'ensemble au sein d'un processus que nous baptisons « exhaustopoïèse », défini comme un détournement des ressentis de fatigue physique et psychique (nous proposons à cet égard une typologie distinguant quatre entités de fatigue), érigés au rang d'éléments de l'identité professionnelle, notamment via des actes de communication socialement adressés.

Enfin, le chapitre 4 confronte, fort classiquement, ces résultats à la littérature. Ils nous conduisent en premier lieu à interroger la pertinence clinique du concept de burn out pour appréhender la souffrance psychologique des soignants, et la pertinence psychométrique du Maslach Burnout Inventory pour mesurer ledit concept de burn out. Nous montrons pour finir que les ressentis de

fatigue, quelle qu'en soit la forme, sont intégrés à une idéologie soignante à tonalité sacrificielle et réutilisés par elle, l'avancée dans la carrière marquant une intériorisation de plus en plus poussée de cette idéologie, mais pouvant également donner lieu à des phénomènes de rejet, dont le burn out pourrait être l'une des manifestations.

La genèse de cette proposition est donc un voyage au long cours, dont nous proposons maintenant de suivre les différentes étapes.

Chapitre 1

Le burn out en alzheimerologie — Une revue de littérature

L'Introduction avait permis de présenter les principaux facteurs de risques psychosociaux, affectant les professionnels œuvrant dans la filière de prise en charge des démences de type Alzheimer, indépendamment de la nature de chacun de ces risques. Elle avait également intentionnellement différé l'examen méthodique du concept d'épuisement professionnel en alzheimerologie, lacune que le présent chapitre entend pallier en s'y consacrant exclusivement.

Cet examen prendra, classiquement, la forme d'une revue de la littérature scientifique. Nous prenons tout à fait sciemment le parti de ne pas présenter une synthèse portant sur l'intégralité des publications relatives au burn out, toutes professions confondues : la tâche eût été interminable (près de 9 000 articles) même si elle eût permis de présenter toutes les théories, tous les modèles utilisés, même à titre accessoire ou marginal, en exhaustologie. Dans ses grandes lignes, ce travail de recension a pourtant été accompli et publié [Zawieja et Guarnieri, 2013], et d'autres auteurs bien plus éminents lui ont consacré des ouvrages de synthèse, auxquels nous renvoyons ici par pragmatisme [Truchot, 2004 ; Burisch, 2010].

Cette limite étant posée, notre recherche bibliographique a été conduite dans deux bases de données : PubMed, éditée par les US National Institutes for Health, référence internationale en sciences de la santé physique et psychique (www.pubmed.org), et CAIRN, référence francophone en sciences humaines et sociales (www.cairn.info). Ces sources permettent de couvrir à la fois les différentes branches de la psychologie sociale (dont émane le concept de burn out), et des sciences médicales, paramédicales ou infirmières, qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de cette thèse. Un traitement manuel des orientations bibliographiques fournies par chaque article ou ouvrage retenu a ensuite permis d'intégrer à

notre matériau certaines références qui avaient échappé à la recherche initiale dans les bases de données citées.

La stratégie de recherche a procédé par cercles concentriques, en resserrant progressivement la recherche par mots-clés — par exemple, dans Pubmed (simulation refaite le 26 mai 2014) :

- « burn out ET « elderly » (2 399 résultats)
- « burn out » ET « dementia » (107 résultats)
- « burn out » ET {« geriatrics » OU « gerontology »} (44 résultats)
- « burn out » ET « Alzheimer » (30 résultats).

dont n'ont été retenus que les articles portant sur les soignants professionnels (en excluant, donc, les aidants naturels), et publiés en anglais, français ou allemand.

Cette recension de la littérature poursuivait un double objectif :

- qualifier et quantifier le phénomène burn out en alzheimerologie, afin d'en mieux cerner l'épidémiologie, ce qui induit d'identifier les principaux modèles et outils de mesure auxquels la communauté scientifique recourt, afin de choisir celui ou ceux nous semblant les plus adaptés à notre démarche ;
- répertorier les déterminants, facteurs de risque ou de protection mis en avant dans la littérature gériatologique.

In fine, elle permettra donc de préciser le cadre conceptuel de notre recherche, ainsi que notre posture épistémologique, et de formuler nos hypothèses de recherche. Pour ce faire, nous avons identifié deux axes thématiques : la psychométrie et l'épidémiologie du burn out en alzheimerologie (section 1), et ses principaux déterminants (section 2).

1. Mesure du burn out en alzheimerologie

L'objectif de cette section est d'estimer la prévalence du burn out dans des populations les plus proches possibles de celles qui constituent notre terrain de recherche. En épidémiologie, la prévalence désigne le nombre de cas d'un phénomène (généralement, d'une maladie, ici, du burn out) présents à un moment et dans une population donnés, quelle que soit l'ancienneté du diagnostic porté. À l'instar d'une approche métrologique, qui imposerait de commencer par

définir le mesurande, puis l'instrument de mesure, avant de parvenir à un résultat de mesure, il s'agira ici de répertorier brièvement ce que la littérature range sous le vocable de « burn out » (1.1.), puis les instruments de mesure utilisés (1.2.), avant d'estimer la prévalence du burn out en comparant les mesures obtenues (1.3.).

1.1. Sémantique du burn out en alzheimerologie

Alors que seuls les mots-clefs « burn out » ou « épuisement professionnel » avaient été utilisés, notre recherche bibliographique a fait émerger des termes ou notions proches qu'il nous semble utile de préciser ici, afin de mieux délimiter notre périmètre d'étude.

Dans la majorité de la littérature compulsée, le terme « **burn out** » est utilisé dans une acception héritée de l'approche classique de Christina Maslach. Il désigne un syndrome tridimensionnel, résultant d'un stress cumulatif et associant constamment [Maslach et Leiter, 1997 ; Maslach et Leiter, 2008] :

- l'épuisement émotionnel (stress, absence d'énergie, fatigue, irritabilité, impulsivité), avec possible retentissement somatique, contre lequel le sujet développe diverses stratégies d'évitement (désinvestissement, retrait, rigidité, hyperactivité, etc.) ;
- la dépersonnalisation⁵ ou de désubjectivation de la relation (désengagement relationnel, mise à distance, réification de l'entourage et des tiers, perte des idéals, cynisme). Cette dimension joue un rôle central dans la traduction en actes de l'expérience que le salarié développe de sa vie professionnelle ; le retrait psychologique suffit même à prédire son désengagement total [Leiter et Maslach, 2009] ;
- la perte du sentiment d'accomplissement personnel (sentiment d'inefficacité et d'incompétence, dévalorisation...), marquée par une chute de la motivation intrinsèque et l'impossibilité d'accéder dans et par le travail à une production de sens.

⁵ Le terme est ici utilisé dans une acception non conforme à la terminologie psychiatrique, où il désigne un symptôme psychopathologique d'étrangeté à soi-même et de perte de sens de la réalité (impression d'irréel, de flou), d'origine fréquemment psychotraumatique.

Dans certains textes cependant, les auteurs ont associé le burn out à des notions ou concepts plus ou moins proches. Ainsi, le « **fardeau** » (*burden*) est commun aux aidants familiaux et aux soignants, même s'il a tendance à être réservé aux premiers. Dans un contexte professionnel, il englobe les difficultés physiques, émotionnelles, psychologiques et sociales éprouvées par les soignants dans l'exercice de leurs fonctions auprès de personnes atteintes de démence. Il possède donc certains attributs du burn out ou de la fatigue compassionnelle, sentiment d'épuisement physique et émotionnel naissant au contact de la souffrance d'autrui, et remettant en cause la vision du monde et les croyances fondamentales du soignant [Figley, 1995]. Le fardeau s'avère plus large en recouvrant des facteurs de stress physique ou émotionnel sans effet sur la compassion ou les attitudes au travail. Le fardeau objectif désigne le niveau d'invalidité ou de perte d'autonomie, ou encore les troubles du comportement que le soignant doit affronter. Le fardeau subjectif se concentre sur la réponse émotionnelle apportée par le soignant aux demandes ou exigences qui lui sont posées : il recouvre donc divers aspects, comme l'épuisement, la détresse et la surcharge de travail [McCarty et Drebing, 2002].

Plusieurs auteurs utilisent la notion de *strain*, voire de *job strain*. Dans l'acceptation la plus lâche, le *strain* est défini comme un phénomène d'usure, dont la cause est appelée « stress ». Lui sont dès lors liés le burn out, le stress, la détresse psychologique, la détresse morale et l'insatisfaction au travail [Edberg et al., 2008; Orrung Wallin, Jakobsson et Edberg, 2013]. Le terme « *job strain* » évoque aujourd'hui immanquablement l'approche de Robert Karasek, même si l'affiliation théorique de certains articles n'est pas nécessairement claire. Le modèle exigences / contrôle (*job demands/control*) de Karasek affirme que la santé physique et psychique du travailleur dépend de l'interaction entre les exigences psychologiques nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (complexité, urgence, ambiguïté de rôles, etc.) et le degré de contrôle qu'il exerce sur son activité (latitude décisionnelle). Une tension (*job strain*) apparaît lorsque des exigences élevées sont associées à un faible contrôle [Karasek, 1979].

Enfin, divers termes jalonnent la littérature soignante pour désigner les **dilemmes éthiques** : « dilemme moral », « conflit moral », « conflit éthique », « détresse morale », « stress moral », « stress de conscience »... Langlois et al. proposent de dissocier les vocables relevant du processus d'évaluation cognitive d'un événement ou d'une situation source de conflit (« dilemme éthique », « dilemme moral » et « conflit éthique ») et les termes décrivant la réaction à ce même événement (« détresse morale », « stress moral », « stress de conscience ») [Langlois et al.,

2009]. Les deux expressions les plus fréquentes sont « détresse morale » et « stress de conscience » :

- La détresse morale survient « lorsque l'on sait quelle est la bonne chose à faire, mais que des contraintes institutionnelles rendent impossible de s'attaquer à la véritable cause du problème » [Jameton, 1993]. Elle désigne donc une discordance contrainte entre les actions du soignant et ses valeurs ou certitudes [Piers et al., 2012].
- Le stress de conscience, auquel recourt principalement une équipe suédoise [Juthberg et al., 2007 ; Juthberg et al., 2008 ; Juthberg et al., 2010 ; Juthberg et Sundin, 2010 ; Åhlin et al., 2013 ; Orrung Wallin, Edberg et Jakobsson, 2013 ; Orrung Wallin, Jakobsson et Edberg, 2013] est causé par une conscience « troublée », lorsque le soignant ne peut pas prodiguer un soin en adéquation avec sa conscience [Glasberg et al., 2006 ; Glasberg, Eriksson et Norberg, 2007]. Le stress de conscience est pour partie provoqué par le « fardeau moral », dimension négative de la sensibilité morale désignant l'incapacité à affronter les problèmes éthiques : les soignants doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs interrogations éthiques [Glasberg, Eriksson et Norberg, 2008].

Nous veillerons bien entendu à tenir un cap conceptuel strict — en l'occurrence axé sur l'approche maslachienne, tout au long de ce manuscrit. Néanmoins, les diverses notions qui viennent d'être évoquées — et qui sont spontanément rattachées par leurs auteurs mêmes au burn out — nous ont semblé offrir des pistes pertinentes pour éclairer certains aspects ponctuels de notre sujet de recherche. En demeurant conscient de leurs spécificités théoriques éventuelles, nous tiendrons donc compte de ces publications dans la suite de notre analyse. Le champ sémantique et conceptuel étant désormais mieux délimité, et la grandeur — pour reprendre notre analogie avec la métrologie —, définie, la sous-section suivante sera consacrée aux instruments de mesure du burn out.

1.2. Psychométrie du burn out – L'omniprésence du Maslach Burnout Inventory

L'analyse de la littérature montre la multiplicité des instruments psychométriques utilisés pour mesurer le burn out, dont un (le Maslach Burnout Inventory, MBI), était 72 % des études recensées (tableau 1.1.). Cette prédominance corrobore la plupart des revues de littérature antérieures, dont 4 sur 6 ont recensé un taux de recours au MBI supérieur à 70 % : 14 sur

16 articles [Awa, Plaumann et Walter, 2010], 30 sur 34 [Walter, Krugmann et Plaumann, 2012], 13 sur 18 [Nienhaus, Westermann et Kuhnert, 2012], et 21 sur 25 [Westermann et al., 2014], les deux autres parvenant à des taux de respectivement 20 % (1 sur 5) [Pitfield, Shahriyarmolki et Livingston, 2011] et 42 % (8 sur 19) [Ruotsalainen et al., 2008].

Compte tenu de la fréquence d'utilisation du MBI et puisque nous avons déjà répertorié par ailleurs les principaux autres questionnaires et modèles utilisés, tous secteurs d'activité confondus [Zawieja et Guarnieri, 2013], c'est sur ce seul instrument et sur les études qu'il sous-tend que nous nous concentrerons désormais.

Questionnaire utilisé	Fréquence (en % total)	Références bibliographiques
Maslach Burnout Inventory	39 (72,22 %)	[Hare, Pratt et Andrews, 1988 ; Barber et Iwai, 1996 ; Jenkins et Allen, 1998 ; Evers, Tomic et Brouwers, 2002 ; Richardson, Kitchen et Livingston, 2002 ; Cocco et al., 2003 ; Mackenzie et Peragine, 2003 ; Schrijnemaekers et al., 2003 ; Baldelli et al., 2004 ; Todd et Watts, 2005 ; van Weert et al., 2005 ; Juthberg et al., 2008 ; Narumoto et al., 2008 ; te Boekhorst et al., 2008 ; Truzzi et al., 2008 ; Duffy, Oyeboode et Allen, 2009 ; Gandoy-Crego et al., 2009 ; Shinan-Altman et Cohen, 2009 ; Cocco, 2010 ; Tourangeau et al., 2010 ; Anderson et Ewen, 2011 ; Chao, McCallion et Nickle, 2011 ; Cohen et Shinan-Altman, 2011 ; Gray-Stanley et Muramatsu, 2011 ; McHugh et al., 2011 ; McKenzie et al., 2011 ; Neff et al., 2011 ; Willemse et al., 2011 ; de Rooij et al., 2012 ; García Sánchez et al., 2012 ; Jeon et al., 2012 ; Ko et al., 2012 ; Truzzi et al., 2012 ; Åhlin et al., 2013 ; Hunter et al., 2013 ; Kubicek, Korunka et Ulferts, 2013 ; Watts et al., 2013 ; Borteyrou et Paillard, 2014 ; Van Bogaert et al., 2014]
Burnout Measure	5 (9,26 %)	[Åström et al., 1990 ; Åström et al., 1991 ; Kuremyr et al., 1994 ; Mandiracioglu et Cam, 2006 ; Bužgová et Ivanová, 2011]
COPSOQ / Copenhagen Burnout Inventory	2 (3,70 %)	[Kwiatkowski, 2011 ; Schmidt et al., 2013]
General Health Questionnaire seul	2 (3,70 %)	[McPherson et al., 1994 ; Baillon et al., 1996]
Distress scale of the Neuropsychiatric Inventory - Nursing Home version (NPI-NH)	1 (1,85 %)	[Zwijssen et al., 2014]
Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (FBH) [Hacker et Reinhold, 1999]	1 (1,85 %)	[Jenull, Brunner et Mayr, 2008]
Professional Caregivers' Burden Index (PCBI)	1 (1,85 %)	[McCarty et Drebing, 2002]
Professional Quality of Life	1 (1,85 %)	[Thomas et al., 2014]
Staff Burnout Scale for Health Professionals [Jones, 1980]	1 (1,85 %)	[Duquette et al., 1997]
Swedish Strain in Nursing Care Assessment Scale	1 (1,85 %)	[Brodaty, Draper et Low, 2003]
TOTAL	54 (100 %)	

Tableau 1.1 • Instruments de mesure du burn out utilisés dans la littérature.

Comme indiqué plus haut, le modèle de Maslach et Leiter définit le burnout comme un syndrome tridimensionnel comportant un axe d'épuisement émotionnel, un axe de dépersonnalisation et un

axe de réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Dans ce modèle séquentiel, l'épuisement émotionnel constitue la première étape du processus et sa pierre angulaire. L'étiologie du burn out est organisationnelle, puisque sont identifiés six facteurs : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeurs [Maslach et Leiter, 1997, p. 38].

Le modèle de Maslach s'appuie sur un questionnaire autoadministré : le Maslach Burnout Inventory, constitué, dans sa version originale (dite Human Services Survey) [Maslach et Jackson, 1981], de 22 questions explorant les trois échelles : épuisement émotionnel (9 items), dépersonnalisation (5 items), et sentiment d'accomplissement personnel (8 items). Chaque item fait l'objet d'une réponse sur une échelle de Likert à 7 degrés, graduée de « Jamais » (scorée 0) à « Chaque jour » (scorée 6) (tableau 1.2).

	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	≥ 27	≥ 13	0-30
Modéré	17-26	7-12	31-36
Faible	0-16	0-6	≥ 37

Tableau 1.2 • Valeurs-seuils (*cut off*) du MBI pour chacune des trois échelles [Maslach et Jackson, 1986]

Il a, au fil du temps, été décliné en deux versions : le MBI-Educator Survey est destiné aux enseignants et éducateurs ; le MBI-General Survey, réduit à 16 items (épuisement émotionnel : 5, cynisme : 5, efficacité professionnelle : 6), peut quant à lui s'appliquer en dehors des métiers de la relation d'aide, dans des professions où le contact avec le public est moins central.

Les qualités psychométriques du MBI sont globalement considérées comme bonnes, notamment ses validités interne et externe, ainsi que sa fiabilité test-retest. La consistance interne des trois dimensions satisfait aux critères d'acceptabilité (épuisement émotionnel : $\alpha = 0,90$, dépersonnalisation : $\alpha = 0,79$, accomplissement personnel : $\alpha = 0,71$ pour la version originale) [Langevin et al., 2012].

Le MBI n'est pourtant pas exempt de limites (pour une synthèse, [Wheeler et al., 2011]) dont certaines ont fourni le prétexte à des questionnaires alternatifs. Sur le plan psychométrique, les

traductions du MBI soulèvent diverses difficultés. Dans un certain nombre de traductions, dont le français, la cohérence interne de l'échelle de dépersonnalisation est trop faible au regard du seuil d'acceptabilité usuel ($\alpha = 0,70$) et présente vraisemblablement un biais de désirabilité sociale [Schaufeli et Enzmann, 1998].

Par ailleurs, les valeurs-limites du MBI sont spécifiques à chaque pays (et non à chaque langue) [Schaufeli et Van Dierendonck, 1995]. Établies au Québec [Dion et Tessier, 1994], les valeurs-limites de sa version française n'ont jamais été confirmées en France, ce qui doit inciter à une certaine prudence lors de son utilisation⁶. Enfin, certaines questions du MBI peuvent être perçues par certains répondants comme trop directes, voire agressives, ou comme inadaptées à des cultures non américaines.

Globalement, le MBI, dans sa version Human Services Survey, semble un instrument acceptable pour mesurer le burn out des soignants des filières de prise en soin de la déficience intellectuelle ou de la démence. Divers auteurs émettent en revanche des réserves quant à la sous-échelle de dépersonnalisation : dans ces filières, les soignants enregistrent des scores de dépersonnalisation plus faibles que dans d'autres spécialités, même quand les niveaux d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel sont comparables [Skirrow et Hatton, 2007]. La formulation des questions n° 5, 15 et 22, qui entrent dans le calcul du score de dépersonnalisation, serait incompatible avec les soins centrés sur la personne pratiqués dans la prise en charge des personnes atteintes de déficience intellectuelle, de démence, voire de toute forme de maladie mentale [Aitken et Schloss, 1994 ; Lawson et O'Brien, 1994 ; McCarron et al., 2004].

Cette présentation raisonnée de l'instrument de mesure du burn out qu'est le MBI étant faite, la sous-section suivante synthétise les quelques résultats disponibles sur la prévalence du burn out en alzheimerologie.

⁶ Une telle validation nécessiterait que le MBI soit testé en français et en France, et non au Québec. Une telle étude semble sur le point d'aboutir [Truchot et al., soumis].

1.3. Prévalence du burn out en alzheimerologie ou gériatrie

Malgré les limites qui viennent d'être exposées, l'universalité du MBI facilite les comparaisons interprofessionnelles, intersectorielles et/ou internationales et entretient son succès, y compris dans le secteur des soins aux personnes atteintes de démence [Barbosa et al., 2014].

Notre travail préparatoire à la présente revue de littérature a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs susceptibles d'entraver la comparaison des résultats :

- le recours à des versions successives du MBI, dont les premières mesuraient le burn out en intégrant à la fois une échelle de fréquence et une échelle d'intensité, dichotomie abandonnée dans la version actuelle [Westermann et al., 2014] ;
- les adaptations personnelles du MBI, utilisant par exemple des échelles de Likert comportant un nombre de degrés différent de celui utilisé dans la version « officielle » du MBI (5 au lieu de 7 [Anderson et Ewen, 2011]) ;
- l'utilisation d'une version tronquée du MBI ou à une analyse partielle, certaines études ne retenant que l'échelle d'épuisement émotionnel, considérée comme la dimension nodale du burn out [Barber et Iwai, 1996 ; McHugh et al., 2011 ; Neff et al., 2011], éventuellement accompagnée de l'échelle de dépersonnalisation [Åhlin et al., 2013] ;
- le recours à des cut offs différents, par exemple lié à l'utilisation des traductions dans d'autres langues que l'anglais, afin de tenir compte d'éventuelles spécificités culturelles [Duffy, Oyebode et Allen, 2009 ; Gandoy-Crego et al., 2009] ;
- la définition d'un cas de burn out, qui pose deux problèmes :
 - i) le nombre de critères à remplir : quand les trois échelles du MBI sont utilisées, un répondant est-il considéré comme étant en burn out lorsqu'il atteint une valeur-seuil à l'échelle Épuisement émotionnel ET/OU à l'échelle Dépersonnalisation ET/OU à l'échelle Accomplissement personnel ?
 - ii) l'intensité retenue : le burn out qualifie-t-il les individus atteignant un score élevé, ou un score moyen à élevé ?
- enfin, la restitution des résultats, certaines études présentant la moyenne et l'écart-type de chacune des trois échelles, d'autres le pourcentage de la population étudiée manifestant un score de burn out élevé, d'autres encore fournissant la distribution de leur échantillon exprimée en pourcentages pour les trois niveaux d'intensité des trois dimensions du MBI

[Todd et Watts, 2005 ; Juthberg et al., 2008 ; Duffy, Oyebode et Allen, 2009 ; Juthberg et al., 2010].

Compte tenu de ces différents paramètres, la synthèse épidémiologique que nous avons opérée n'a donc pas pu tenir compte de l'ensemble des articles identifiés. Le tableau 1.3 répertorie les différentes études ayant utilisé la version du MBI à 22 items, accompagnée d'une échelle de réponse de type Likert à 7 modalités. Dans les autres études, qui utilisent des échelles de mesure différentes de celle-ci, la prévalence du burn out s'échelonne entre 10,7 % [Rafnsdottir, Gunnarsdottir et Tomasson, 2004] et 23-26,9 % [Bužgová et Ivanová, 2011 ; Jenull et al., 2008].

Même lorsque ces études utilisent le même instrument de mesure, leur intérêt épidémiologique apparaît très limité, puisque deux fournissent une prévalence du burn out dans la population étudiée [McKenzie et al., 2011 ; García Sánchez et al., 2012]. Enfin, diverses études ajoutent à l'imprécision en comparant le burn out en gériatrie à celui enregistré dans d'autres types d'activités de soins : les soins à la personne âgée institutionnalisée sont considérés comme plus exhaustogènes [Hare, Pratt et Andrews, 1988 ; Duquette et al., 1997] — ou l'inverse [McPherson et al., 1994 ; Evers, Tomic et Brouwers, 2002 ; Richardson, Kitchen et Livingston, 2002 ; Pitfield, Shahriyarmolki et Livingston, 2011 ; de Rooij et al., 2012]...

Références	MBI-EE	MBI-DP	MBI-AP	Burn out élevé
[Ayalon, 2008]	25,2 ± 12,4	8,7 ± 5,8	38,7 ± 9,7	?
[Baldelli et al., 2001]	13,3 ± 7,2	5,5 ± 4,2	36,1 ± 8,5	?
[Cocco et al., 2003] :				
– maisons de retraite	15,0 ± 12,0	4,0 ± 5,1	38,0 ± 9,0	?
– services de gériatrie	22,0 ± 13,0	5,7 ± 5,7	34,0 ± 9,3	
[Evers, Tomic et Brouwers, 2002]	10,43 ± 6,58	3,72 ± 3,04	30,32 ± 5,35	?
[Gandoy-Crego et al., 2009]	18,0	6,0	42,0	?
[García Sánchez et al., 2012]	?	?	?	21,7 %
[Hunter et al., 2013]	27,72 ± 10,96	9,17 ± 4,06	19,91 ± 8,63	?
[Juthberg et al., 2008]	18,3 ± 9,6	3,6 ± 3,9	39,2 ± 6,7	?
[McKenzie et al., 2011]	23,5 ± 9,3	12,2 ± 2,6	27,4 ± 4,8	32,60 %
[Narumoto et al., 2008]	21,2 ± 10,7	7,7 ± 5,8	31,1 ± 10,5	?
[Van Wert et al., 2005] :				
– groupe contrôle	10,35 ± 0,8	?	26,38 ± 0,8	?
– groupe expérimental	10,75 ± 0,8	?	28,10 ± 0,8	
[Watts et al., 2013]	25,57	16,46	15,63	?

(EE : Épuisement émotionnel ; DP : Dépersonnalisation ; AP : Accomplissement personnel)

Tableau 1.3 • Moyennes et écarts-types des trois scores du MBI relevés dans la littérature.

Cette section a permis de souligner la prédominance d'un modèle et d'un instrument de mesure du burn out dans la littérature gériatologique (l'approche tridimensionnelle de Maslach et l'instrument afférant, le Maslach Burnout Inventory), mais aussi une certaine confusion régnant quant à l'épidémiologie exacte de l'épuisement professionnel.

Elle permet ainsi de dégager simultanément deux points d'ancrage pour notre propre recherche :

- d'une part, le cadre conceptuel et métrologique offert par Maslach semble s'imposer pour son intérêt comparatiste notamment, malgré ses points de fragilité en matière de traductibilité opérationnelle ;
- d'autre part, notre démarche ne nous semble pas pouvoir faire l'économie d'un volet statistique, cherchant à quantifier le phénomène burn out dans notre population. Ce premier objectif répond au réel besoin opérationnel d'un état des lieux à un instant donné, et contribuera nous l'espérons à fournir aux volets plus exploratoires de notre recherche leur robustesse scientifique.

Le modèle maslachien — puisque nous le faisons nôtre — identifie six causes de burn out, toutes organisationnelles (*v. supra*), mais divers facteurs viennent moduler ou modérer ces liens de causalité. C'est à leur inventaire, ainsi qu'à celui des modèles théoriques qui ont pu être proposés ou appliqués à l'alzheimerologie, que la section suivante est consacrée.

2. Déterminants du burn out en alzheimerologie

Nous définirons ici les déterminants du burn out comme l'ensemble des caractéristiques individuelles et collectives susceptibles d'influer directement ou indirectement sur l'exhaustogénèse ; dans notre esprit, la notion volontairement large de « déterminant » englobe donc celles de « facteur de risque » et de « facteur de protection ». Trois groupes de déterminants peuvent être distingués, selon qu'ils sont socioéconomiques (2.1.), organisationnels (2.2.) ou individuels (2.3).

2.1. Déterminants socioéconomiques

Les déterminants socioéconomiques des risques psychosociaux, donc du burn out, ont été abondamment présentés tout au long de l'Introduction et ne seront donc pas repris ici. Seul un article, dans notre revue de littérature, s'élève à ce niveau d'analyse en étudiant le burn out des soignants de gériatrie au prisme de la théorie de l'accélération [Kubicek, Korunka et Ulferts, 2013].

Le sociologue allemand Hartmut Rosa considère que l'accélération progressive de la vie sociale — et son corollaire, le raccourcissement des horizons temporels — est le noyau autour duquel gravitent, dans les sociétés modernes, toutes les sphères de la vie [Rosa, 2010 ; Rosa, 2012]. Rosa distingue trois catégories logiques et analytiques, œuvrant simultanément [Rosa, 2014a] :

- l'accélération technique rend compte des gains de temps prodigieux enregistrés dans les moyens de transport ou de communication et dans la production de biens et de services, et permet d'économiser des ressources temporelles et de les libérer pour d'autres activités ;
- l'accélération du changement social porte sur les rythmes de changement des formes de pratique et de savoir, ainsi que des modes d'action et d'association des sociétés modernes.

Ces changements, qui ne sont pas orientés vers un but, rendent instables les conditions fondamentales de la vie et de l'action, contraignant les acteurs à s'adapter à des rapports changeant à un rythme toujours plus rapide ;

- enfin, l'accélération des rythmes de vie est marquée par la volonté des acteurs d'accroître leur nombre d'épisodes d'action ou d'expérience par unité de temps, *via* trois types de stratégies : en cherchant à augmenter la vitesse d'action (*fast food*, *speed dating*, *microsieste*...), en s'efforçant de synchroniser les séquences d'action pour éviter les temps morts, et en accroissant le nombre d'activités simultanées.

Le processus d'accélération est cyclique : les accélérations techniques poussent au changement social, induisant chez les acteurs la sensation qu'ils doivent avancer toujours plus vite s'ils veulent simplement rester dans la course, c'est-à-dire s'ils veulent suivre le rythme des changements. Puisque ce mouvement est généralement initié par l'innovation technologique et par des changements dans le régime de production, c'est dans les contextes de travail que la plupart des moments clés et des contraintes de l'accélération sont les plus sensibles et les plus délicatement vécus. L'accélération conduit par exemple à une dévaluation de l'expérience et de l'expertise, et oblige les travailleurs à de perpétuels apprentissages et adaptations sous la contrainte du temps, source d'une perte de quiétude, si ce n'est d'une certaine anxiété [Glasberg, Norberg et Söderberg, 2007]. En milieu de travail, les vitesses de changement et la pression temporelle trop élevées peuvent mener à des phénomènes d'aliénation, caractérisés par un manque d'identification et d'appropriation et, dans les cas les plus sévères, à des troubles psychologiques liés au stress, tels que l'épuisement professionnel. Plus qu'à une charge de travail plus élevée, ce phénomène semble lié à la perception d'une situation où les sujets doivent courir toujours un peu plus vite et travailler toujours plus dur, non pour avancer, mais pour simplement « rester dans la course » [Rosa, 2014b]. Partant, l'étiologie du burn out ne saurait être exclusivement professionnelle — déjà, un soignant suédois interrogé en 2007 faisait part de son sentiment d'une élévation généralisée des exigences dans la vie sociale et la vie privée (cumuler les tâches domestiques et une activité professionnelle à temps plein, urbanisation, etc.), et des injonctions à être compétent dans de multiples activités : « *C'est trop facile de dire que tout est de la faute du boulot. On peut penser à des situations où l'on est censé s'épanouir au travail ; on est censés s'épanouir durant notre temps libre. Je veux dire que rentrer chez soi, s'asseoir, se reposer et être fatigué devant la télé, ce n'est pas assez bien. Non, nous sommes censés vivre à*

un train d'enfer » [Glasberg, Norberg et Söderberg, 2007], non sans rappeler les analyses développées, en France, par Aubert et de Gaulejac sur le culte de l'excellence et son coût [Aubert et de Gaulejac, 1991], ou par Ehrenberg sur la « fatigue d'être soi » pour expliquer la dépression [Ehrenberg, 2000].

L'analyse des interactions entre les trois catégories de l'accélération et les trois dimensions du burn out [Kubicek, Korunka et Ulferts, 2013] montre que l'accélération technique n'entretient pas de lien statistiquement significatif avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, alors qu'elle apparaît liée à l'accomplissement professionnel. L'accélération du changement social est négativement corrélée avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Enfin, l'accélération des rythmes de vie est positivement corrélée avec l'épuisement émotionnel, ce que les auteurs relient au mouvement d'intensification du travail.

L'angle offert par la théorie de l'accélération, très récente, séduit par son originalité et ses promesses. Mais les déterminants socioéconomiques ressortissent probablement à des champs disciplinaires (sociologie, philosophie politique, etc.) trop distaux ou insuffisamment connus, de sorte que les déterminants organisationnels comptent, logiquement, parmi les plus étudiés.

2.2. Déterminants organisationnels

Pour Maslach, l'étiologie du burn out est, nous l'avons dit, à rechercher parmi des facteurs organisationnels : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeurs [Maslach et Leiter, 1997, p. 38]. Sans contredire cette grille de lecture, notre revue de littérature n'a permis de repérer que certains de ces facteurs, plus spécifiques au « métier » et éventuellement verbalisés différemment, ce qui nous conduit à adopter ici, par commodité, une autre typologie des déterminants du burn out en alzheimerologie, plus lâche puisqu'en deux pôles : le premier est structuré autour des cadres du travail (2.2.1.), le second, autour du vécu de travail (2.2.2.).

2.2.1. Cadres formels et informels du travail

En dehors de toute affiliation théorique éventuelle, nous appelons ici « cadres de travail » les éléments administratifs, matériels ou relationnels ayant pour fonction ou effet, à un titre ou un autre, de structurer l'environnement de travail. Les cadres formels incluent alors divers paramètres possédant une assise juridique ou statutaire plus ou moins directe (2.2.1.1.), dont ne disposent pas les cadres informels (2.2.1.2.).

2.2.1.1. Cadres formels

L'on inclura dans la catégorie des cadres formels du travail toutes ses dimensions conventionnellement régies. Nous traiterons ici le type d'établissement ou de service, et le contrat de travail. Cette logique aurait voulu que la profession soit considérée comme l'un de ces cadres formels, les principales professions soignantes étant en France réglementées, ou du moins soumises à condition de diplôme. Respectant l'usage, nous avons toutefois choisi de la faire figurer parmi les déterminants sociodémographiques (§ 2.3.1.4., v. *infra*).

► Type d'établissement ou de service

Plusieurs études se sont intéressées aux variations du burn out en fonction du type d'établissement ou de service. Une étude française [Thomas et al., 2014] met en évidence de fortes disparités, statistiquement représentatives, dans la prévalence du burn out selon les établissements : services de gériatrie : 10,45 %, long séjour : 16,67 %, EHPAD : 23,34 %, psychogériatrie : 30,0 %. Ces résultats ne concordent pas avec ceux d'une étude française antérieure, trouvant des niveaux de burn out globalement modérés, mais néanmoins inférieurs dans les services de gériatrie aiguë à ceux des EHPAD [Cocco et al., 2003], ni avec ceux d'une étude suédoise plus ancienne identifiant des taux de prévalence du burn out très supérieurs chez les aides-soignants et les infirmiers travaillant en maison de retraite, comparés aux unités de psychogériatrie ou aux unités de long séjour [Åström et al., 1990].

De son côté, une étude néerlandaise comparant les soignants de maisons de retraite et d'appartements communautaires (*group living homes*) trouve des scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel sensiblement supérieurs en maison de retraite. Quoique cet article ne fournisse pas de prévalence ni de score total du burn

out, le mode de calcul devrait conduire à un niveau global de burn out légèrement supérieur dans les maisons de retraite [te Boekhorst et al., 2008].

Par ailleurs, une étude belgo-néerlandaise a constaté un niveau d'épuisement émotionnel plus important dans les unités de petite taille que dans les unités de long séjour traditionnelles, mais n'a relevé aucune différence dans les scores de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel [de Rooij et al., 2012].

Enfin, McPherson et al. ne retrouvent aucune différence de niveau de perturbation psychologique dans les différents types d'unité testés (long séjour, EPHAD municipale, EHPAD privée, etc.), bien que le recrutement des résidents y varie considérablement en fonction des niveaux de troubles du comportement diagnostiqués [McPherson et al., 1994].

► Contrat et temps de travail

Le dernier élément des cadres formels du travail est le contrat de travail et le temps de travail. La gériatrie pallie ses difficultés de recrutement, ainsi que son turn over et son absentéisme élevés, en recourant à des contrats à durée déterminée, au travail intérimaire et au travail à temps partiel, cette dernière caractéristique étant également liée au fort taux de féminisation du secteur. La littérature généraliste qualifie ces modalités d'exercice de « précaires », et tend à considérer qu'elles constituent un facteur de burn out. En alzheimerologie, nous n'avons identifié que peu d'études mentionnant ces aspects. McPherson et al. ne trouvent aucune influence du temps partiel sur la « perturbation psychologique » des soignants [McPherson et al., 1994]. Sans retrouver non plus de lien direct avec le burn out, une étude longitudinale allemande, s'étalant sur six mois, note que le soutien social reçu par les travailleurs temporaires de la part de leurs collègues permanents décline rapidement, de même que leur ambiance générale de travail, leurs relations avec l'encadrement et leur perception de leurs perspectives d'évolution qui constituent, eux, des facteurs de burn out [Kwiatkowski, 2011].

Enfin, une étude suédoise mentionne des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation significativement plus élevés parmi les équipes de jour que parmi les équipes de nuit [Åhlin et al., 2013]. Il avait déjà été montré, hors gériatrie, que les soignants travaillant 12 h par jour pendant 3 jours par semaine enregistraient des scores d'épuisement émotionnel moindres que ceux travaillant 8 heures par jour pendant 5 jours [Stone et al., 2006], laissant

supposer un effet protecteur des situations de soin probablement plus calmes, du nombre de jours de congés hebdomadaires, du temps consacré à la vie de famille ou aux activités de loisirs chez les soignants de nuit.

Ces données somme toute disparates interrogent l'impact des différentes dimensions du cadre formel de travail sur le burn out : la taille de l'établissement ou de l'unité de soins, son statut juridique et administratif, le niveau de dépendance des personnes âgées accueillies, le statut socioprofessionnel, la formation initiale et la nature des missions des personnels (plutôt orientées vers l'aide aux activités quotidiennes ou le soin)...

2.2.1.2. Cadres informels du travail

Les cadres formels du travail en déterminent partiellement les cadres informels, dont le fonctionnement n'est pas formalisée (ou seulement marginalement). Nous rangeons dans cette catégorie l'environnement organisationnel de l'établissement, la qualité du soutien organisationnel (pratiques de management, formation, etc.), et la qualité des relations entre pairs.

► Environnement organisationnel de l'établissement

Une étude britannique a récemment cherché à déterminer les relations entre la culture organisationnelle perçue et le burn out en gériatrie hospitalière. La culture organisationnelle y est définie comme l'ensemble des valeurs, affirmations et croyances propres au lieu de travail, susceptible d'influer sur le moral des soignants et leur perception des patients [Watts et al., 2013]. Cette étude s'appuie sur la typologie qu'opère Wallach :

- les cultures soutenantes (*supportive*) explicitent des valeurs comme la justice, l'ouverture, collaboration, l'encouragement, l'honnêteté et la confiance ;
- les cultures innovantes, plus orientées sur le business, prônent des valeurs comme la créativité, la prise de risque, le changement, l'expérimentation, et Wallach considère que la pression, le stress et le burn out y sont banals [Wallach, 1983] ;
- les cultures bureaucratiques apparaissent fortement régulées et hiérarchisées, orientées sur les enjeux de pouvoir et menées par les protocoles et les procédures.

En lien avec la littérature, les infirmières perçoivent dans les services de gériatrie une culture plus bureaucratique qu'innovante, décrite comme fortement hiérarchique et conservatrice. Cette

bureaucratie se donne par exemple à voir dans la multiplication des procédures et *guidelines*, perçues comme venues d'en haut, insuffisamment ancrées dans la pratique quotidienne, voire inutilisables, concurrentes les unes des autres et captatrices du temps qui aurait pu être consacré aux résidents [Åhlin et al., 2014]. Seule la perception de l'organisation comme innovante a pu être significativement corrélée avec une dimension du burn out : l'accomplissement personnel.

Mais une organisation en mouvement peut à l'inverse se révéler anxiogène ou exhaustogène. Un contexte de réorganisation et de réduction d'effectifs peut déstabiliser les soignants à plusieurs titres : les changements constants et les coupes budgétaires induisent une perte de sérénité, la montée de l'incertitude, des craintes face à l'avenir et d'un certain pessimisme. Au demeurant, la menace du changement semble plus stressante que le changement lui-même, et la simple évocation de problèmes du travail entre collègues pourrait détériorer la perception de l'environnement de travail et accentuer le phénomène [Jenkins et Elliott, 2004]. Les soignants finiraient ainsi par créer collectivement une image négative de désespoir, très délétère, le pessimisme alimentant le pessimisme [Glasberg, Norberg et Söderberg, 2007]. Cette analyse corrobore l'hypothèse d'une contagiosité sociale du burn out, émise à partir d'observations auprès de soignants de soins intensifs, de sorte que la perception d'une plainte d'épuisement professionnel entre collègues est le prédicteur de burn out le plus pertinent [Bakker et al., 2005].

Dans un contexte de réorganisation, les tâches quotidiennes apparaissent compliquées par la rationalisation des fonctions-support, comme le secrétariat, alors même que la centralisation accrue des décisions et le renforcement des contraintes bureaucratiques limitent l'influence des personnels sur leur travail. Ce fossé entre les responsabilités réelles et l'autorité (statutaire) est d'ailleurs à l'origine de flous organisationnels et d'une certaine ambiguïté des rôles [Glasberg, Norberg et Söderberg, 2007], classiquement signalé comme un facteur de burn out dans toute la littérature.

Le conflit de rôles est défini comme la survenue simultanée d'au moins deux attentes contradictoires ou concurrentes, proche des injonctions paradoxales mentionnées dans notre Introduction (« forçage » du résident vs. autonomie, injonction à répondre aux besoins éventuellement divergents, concurrents ou incompatibles du résident, de sa famille, d'un autre résident et/ou de l'organisation [Rafnsdottir, Gunnarsdottir et Tomasson, 2004 ; Edberg et al., 2008]). L'ambiguïté de rôles désigne quant à elle l'absence plus ou moins prononcée de clarté

quant aux attentes à l'égard d'un soignant et/ou aux méthodes à employer pour tenir ce rôle. À eux seuls, le conflit et l'ambiguïté de rôles ont pu expliquer jusqu'à 57 % de la variance de la fréquence et 47 % de la variance de l'intensité de l'épuisement émotionnel —le conflit de rôles prédominant largement —, reléguant les autres domaines de facteurs (caractéristiques individuelles du soignant, charge de travail et implication, soutien social) à un impact marginal. La chronicité de ce conflit et de cette ambiguïté de rôles sont des facteurs importants de stress organisationnel (hormis dans une étude américaine qui, de façon assez marginale, n'a retrouvé aucune corrélation [Gray-Stanley et Muramatsu, 2011]), provoquant démoralisation et tension, un abaissement de l'estime de soi et un sentiment de futilité et d'impuissance, eux-mêmes générateurs de burn out [Barber et Iwai, 1996]. L'on perçoit ici toute l'importance des pratiques de management, entre autres composantes du soutien organisationnel.

► Qualité du soutien organisationnel

La notion de soutien organisationnel perçu « décrit la manière dont le salarié estime que son organisation prend en compte ses efforts, valorise son investissement personnel et contribue à son bien-être professionnel, au travers de décisions et de politiques de ressources humaines, qui favorisent la qualité de son environnement de travail » [Paillé, 2007]. Les différents niveaux de l'organisation opèrent à proximité plus ou moins immédiate du salarié, le management local primant naturellement. Des variations locales (c'est-à-dire au niveau de l'unité de soins ou du service) de l'environnement de travail infirmier perçu (notion composite associant les relations infirmières/médecins, le management au niveau de l'unité de soin et de l'hôpital, et le soutien organisationnel) et du sentiment de burn out prédisent ainsi également des événements adverses comme les plaintes de patients ou des familles, des abus verbaux de patients ou de familles, les chutes de patients, les infections nosocomiales ou les erreurs médicamenteuses [Van Bogaert et al., 2014].

Le soutien manifesté par l'encadrement a été associé à la satisfaction au travail [Tourangeau et al., 2010] et à de moindres scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation [Rafnsdottir, Gunnarsdottir et Tomasson, 2004 ; McKenzie et al., 2011 ; Jeon et al., 2012]. À l'inverse mais logiquement, la perception d'un manque de soutien managérial peut occasionner un sentiment de frustration, de colère, d'impuissance à changer les choses, voire d'apathie [Edberg et al., 2008] ; de même, un climat conflictuel avec la hiérarchie [Gray-Toft et Anderson,

1981 ; Tyler, Carroll et Cunningham, 1991 ; Duquette et al., 1997] ou une réactivité de l'encadrement perçue comme insuffisante dans la résolution de problèmes ont été significativement associés au burn out [McHugh et al., 2011, et un faible degré de participation aux décisions a pu être corrélé avec de forts taux de burn out, surtout lorsque le sujet a un *locus of control* externe [Gray-Stanley et Muramatsu, 2011].

La formation professionnelle est un des éléments du soutien organisationnel perçu, et constitue l'un des leviers les plus facilement actionnables pour l'employeur, notamment lorsqu'elle porte sur les troubles du comportement. Son impact sur le burn out des soignants est là également incertain : pour certains auteurs, aucune des trois dimensions du burn out n'a pu être corrélée à la formation aux troubles du comportement [Visser et al., 2008 ; McKenzie et al., 2011]. Pour d'autres, les soignants ayant reçu une formation à la prise en soin de patients souffrant de déficits cognitifs sont moins enclins au burn out [Mackenzie et Peragine, 2003], ce qui justifie son utilisation, notamment dans les professions dont la formation initiale est la plus basse (aides-soignantes, etc.), pour accroître la responsabilité perçue [Ballard et al., 2000], les vécus de stress face à un comportement physiquement ou verbalement violent [Schablon et al., 2012], ou la confiance en soi, engendrant une attitude plus positive à l'égard des personnes démentes [Åström et al., 1991 ; Travers et al., 2013]. Le manque de formation est ainsi l'un des facteurs de risque pour les soignants temporaires ou intérimaires [Kwiatkowski, 2011]. En règle générale, la littérature incline à affirmer que l'acquisition de nouvelles connaissances renforce la confiance professionnelle du soignant, lui offrant une ressource supplémentaire face au risque d'épuisement. Toutefois, Smythe et al. ont mis en évidence des représentations différentes selon les groupes socioprofessionnels : les compétences requises pour la pratique des soins centrés sur la personne sont perçues comme innées, naturelles, par les cadres infirmiers et les aides-soignantes, relevant d'une « touche de magie » ou d'un don qu'il est par essence impossible d'acquérir ; les paramédicaux, au contraire, font confiance aux compétences acquises et techniques. De sorte que le mode d'apprentissage peut en être profondément altéré, valorisant l'apprentissage sur le terrain, auprès de soignants plus expérimentés servant de modèles d'autant plus prisés qu'ils sont jugés dignes de respect et jugés exigeants vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui. Ce mode peut venir, chez les aides soignants, concurrencer la formation formelle, parfois perçue comme inutile et induisant donc des phénomènes de résistance, au profit du ou des « mentors » [Smythe et al., 2013]. Cette inclination a été confirmée chez des infirmières

travaillant auprès de patients en toute fin de vie, dans des services non gériatriques [Peterson et al., 2010].

► Qualité du soutien social entre pairs

Le soutien apporté par les pairs participe à l'équilibre entre les efforts fournis et certaines attentes (rémunération, estime, respect, statut, promotion, etc.) ; il contribue à minorer l'impact psychologique des différentes formes de stress. Cet effet modérateur semble surtout lié aux aspects subjectifs du soutien social, c'est-à-dire à sa perception davantage qu'à son effectivité : savoir qu'une aide serait disponible en cas de besoin est fortement associé au bien-être subjectif individuel.

Logiquement, les déficiences du soutien social perçu sont donc corrélées à toutes les dimensions du burn out [Hare, Pratt et Andrews, 1988 ; Mackenzie et Peragine, 2003], ou du moins à l'épuisement émotionnel [te Boekhorst et al., 2008 ; Duffy, Oyebode et Allen, 2009], notamment en cas de surcharge de travail moyenne à modérée [Gray-Stanley et Muramatsu, 2011], ainsi qu'à l'intention de quitter [Tourangeau et al., 2010]. Les conflits avec les autres soignants [Gray-Toft et Anderson, 1981 ; Tyler, Carroll et Cunningham, 1991 ; Duquette et al., 1997] ou la perception de leur manque de compétences ou de connaissances sur la maladie d'Alzheimer [Edberg et al., 2008] ont ainsi pu être incriminés. Une étude suédoise a permis de montrer que plus la proximité avec les résidents est grande, plus l'engagement émotionnel du soignant est important, et plus le risque croît d'un possible transfert d'expériences de désintégration sur le soignant, rendant nécessaire l'appui du collectif [Kuremyr et al., 1994].

La cohésion du collectif de travail contribue à la satisfaction au travail [Tourangeau et al., 2010], à l'adoption de comportements et de pratiques de soins centrées sur la personne, et favorise la gestion du stress professionnel [Smythe et al., 2013]. En cas de comportements violents de la part d'un résident, le soutien fourni par les pairs et la famille semble plus efficace que celui fourni par l'institution — mais il demeure sans effet sur les sentiments du soignant victime de l'agression en eux-mêmes [Schablon et al., 2012]. Une étude en soins palliatifs met en évidence une dernière limite : si le soutien des pairs permet la transmission de trucs et de ficelles du métier, des soignants les plus expérimentés vers les plus novices, notamment face à des situations à chaque fois uniques et subjectives, il permet plus difficilement le partage de

séquences émotionnelles lors du décès d'un patient — partage qui peut alors être opéré avec la famille du patient [Peterson et al., 2010].

Le soutien social apparaît au final comme une stratégie d'adaptation face à un stress professionnel mais aussi, en fonction des modalités selon lesquelles il est demandé, accordé, proposé et reçu, comme un facteur de vulnérabilité supplémentaire, chez certaines structures de personnalité pour qui demander de l'aide abaisse l'estime de soi et engendre la honte de n'avoir pas pu ou su résoudre un problème seul.

L'approche par les cadres informels du travail nous semble présenter un intérêt opérationnel majeur, puisqu'ils mobilisent des mécanismes sur lequel l'employeur a prise ; l'on entre alors de plain-pied dans les sphères de la gestion des ressources humaines. Deux pistes méritent à notre sens une attention particulière : la formation professionnelle et les différents types de relations interpersonnelles — dont nous n'avons abordé qu'une partie : l'activité de soin comporte par définition une importante dimension relationnelle avec les usagers des services de santé, qui imprègne toutes les composantes du vécu de travail.

2.2.2. Déterminants liés au vécu de travail

Parmi ceux que notre revue de littérature a identifiés, nous regroupons arbitrairement sous l'appellation de vécu de travail les déterminants présentant la charge subjective la plus forte : la charge de travail (2.2.2.1), l'intensité relationnelle et émotionnelle du contenu du travail, consubstantiel des approches de soin centrées sur la personne (2.2.2.2.), la confrontation à la mort (2.2.2.3.), la gestion des troubles du comportement (2.2.2.4.) et la souffrance éthique (2.2.2.5.).

2.2.2.1. Charge de travail

La notion de surcharge de travail correspond à une perception subjective, englobant à la fois une appréciation quantitative (davantage de travail qu'un soignant ne peut en accomplir en un intervalle de temps donné) et une appréciation qualitative, où les compétences et connaissances requises par le travail excèdent celles du personnel [Aström et al., 1990]. Chez les travailleurs sociaux, 50% du stress a ainsi pu être imputé à la surcharge de travail [Pines, Aronson et Kafry, 1981]. L'alzheimerologie n'échappe pas à cette règle ; la charge de travail y constitue l'un des

principaux stresseurs, impactant tout ou partie des trois dimensions du burn out, notamment l'épuisement émotionnel [Gray-Stanley et Muramatsu, 2011 ; McKenzie et al., 2011] ou des notions voisines comme la détresse psychologique [Duquette et al., 1997].

Structurellement, la surcharge de travail traduit l'intensification du travail engendrée par la perception d'une sous-dotation en personnel chez les infirmières comme chez les aides soignantes [Lapane et Hughes, 2007]. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude comparant sur ce point le secteur privé et le secteur public, où la charge de travail s'avère d'ailleurs supérieure [Tyler, Carroll et Cunningham, 1991].

Plusieurs indicateurs permettent de quantifier la charge de travail en alzheimerologie : nombre de patients déments, heures passées auprès de patients déments [Barber et Iwai, 1996], ratio soignants par soigné [Ayalon, 2008]... En cas de surcharge de travail moyenne à élevée, le burn out apparaît modéré par le soutien organisationnel (formation), managérial ou horizontal (entraide) [Åström et al., 1991 ; Gray-Stanley et Muramatsu, 2011]. Mais en l'absence de ces ressources, les auteurs supputent qu'un cercle vicieux s'installe : le burn out induit par une surcharge de travail amoindrit en retour la capacité des soignants à achever les tâches contraignantes et les charges de travail élevées [Keidel, 2002 ; Reader et Gillespie, 2013].

Une étude suédoise comparant les soignants de foyers-logements et de maisons de retraite fait état d'un burn out et d'un épuisement physique supérieurs en maison de retraite à ceux enregistrés en foyer-logement, alors que la charge de travail est probablement supérieure dans ce dernier. Dans le même temps, les soignants des foyers-logements témoignent d'une conception du soin plutôt orientée sur le relationnel, tandis que ceux des maisons de retraite sont orientés sur la tâche, mais en ressentent de la culpabilité, ce qui tend à indiquer que cette orientation leur est imposée par le faible ratio soignant par soigné et l'organisation des soins [Kuremyr et al., 1994]. En éloignant la réalité des idéaux professionnels, la surcharge de travail initie donc un processus de souffrance éthique, dont la première étape est un abaissement des exigences éthiques et des objectifs poursuivis par les soignants, révélateur d'un « stress de conscience » (v. *infra*) [Juthberg et al., 2007 ; Juthberg et al., 2010].

2.2.2.2. Contenu relationnel et émotionnel du travail

La prédominance de la dimension relationnelle du soin a été mainte fois soulignée. Elle se concrétise, dans les pratiques actuelles, par la mise en œuvre des approches centrées sur la personne (*person-centred care*), qui s'inspirent des travaux de Carl Rogers et de Thomas Kitwood⁷.

Ces approches sont conçues pour soutenir les droits, les valeurs et les croyances des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elles présupposent de leur témoigner une considération inconditionnellement positive ; il appartient aux soignants d'« entrer dans leur monde » en considérant que tout comportement est porteur de sens, et de maximiser le potentiel de chacun en cherchant à l'impliquer dans les prises de décision [Edvardsson, Winblad et Sandman, 2008]. Il est généralement considéré que le résident bénéficie de ces approches grâce à l'amélioration de ses interactions avec les soignants, de son humeur, de son comportement et de son sentiment de bien-être.

Les approches centrées sur la personne conditionnent par ailleurs non seulement le rôle, mais l'image que les soignants ont d'eux-mêmes. Les infirmières s'y définissent par leurs compétences relationnelles plutôt que techniques, tandis que les aides-soignants se perçoivent comme des spécialistes de la gestion des comportements perturbateurs et des actes de soin à la personne — perception validée par le personnel mieux diplômé [Smythe et al., 2013]. Face à ces compétences perçues comme relevant du don et de l'inné, l'environnement est vécu sur un mode à la fois stressant, frustrant et stimulant par le manque d'estime et de temps, les signes de détresse, le travail émotionnel, les négociations avec les patients ou les familles, le réconfort à apporter à des personnes touchées par la maladie, la crainte et le chagrin...

Il n'est donc pas surprenant que cette ambivalence se retrouve dans les évaluations qui ont pu être faites de l'impact sur le burn out des approches centrées sur la personne. La revue de littérature opérée par van den Pol-Grevelink, Jukema et Smits considère ainsi que seuls de faibles indices témoignent d'effets positifs sur la satisfaction au travail des soignants des maisons de retraite [van den Pol-Grevelink, Jukema et Smits, 2012].

⁷ Kitwood T (1997). *Dementia Reconsidered : The Person Comes First*. Buckingham : Open University Press. :

Leur impact sur le burn out a fait l'objet d'évaluations plus fines :

- le *dementia care mapping*, technique d'observation et de cartographie des comportements du patient dément dans ses interactions avec son environnement, a été associé à une baisse du score d'épuisement émotionnel [Jeon et al., 2012] ;
- les approches orientées sur la stimulation de type *snoezelen* (activités récréatives, multisensorialité, etc.) ont été, dans une étude longitudinale durant plus de 18 mois, significativement associées à une baisse du stress, de l'insatisfaction au travail et de l'épuisement émotionnel [Van Weert et al., 2005]. En revanche, une approche par le *storytelling* n'a livré aucun résultat sur le personnel soignant [Fritsch et al., 2009] ;
- les approches orientées sur l'émotion (Réminiscence[®], Validation[®], etc.) ont un impact positif sur les réactions de stress perçu par le soignant [Moyle et al., 2011]) et le contact avec les résidents, contribuant à améliorer le score d'accomplissement personnel [Schrijnemaekers et al., 2003] ;
- les pratiques centrées sur le dialogue continu soignant/soigné accroissent le sentiment d'autonomie et, dans les unités psychogériatriques, minorent les exigences de travail (*job demands*), mais elles les augmentent dans les services de médecine somatique [van den Pol-Grevelink, Jukema et Smits, 2012] ;
- parmi les approches comportementales (visant par exemple à simplifier les tâches ou à apprendre à ne donner qu'une seule consigne à la fois), une formation sur les compétences communicationnelles semble avoir réduit le score de dépersonnalisation [Passalacqua et Harwood, 2012].

Aucune corrélation n'a toutefois pu être mise en évidence entre ces prises en charge (mesurées à l'aide du Personhood in Dementia Questionnaire, destiné à opérationnaliser les théories de Kitwood) et les échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI. L'accomplissement professionnel était en revanche positivement corrélé, de sorte que les auteurs suggèrent que les soins centrés sur la personne sont assez peu sensibles aux facteurs liés au travail lui-même [Hunter et al., 2013].

Enfin, les auteurs d'une revue de littérature très récente soulignent d'une part que les études publiées en la matière manquent de rigueur, en partie en raison de la difficulté à mettre en œuvre de bonnes conditions expérimentales dans les conditions réelles de fonctionnement, des maisons

de retraite, et d'autre part, que la question de la durée de l'efficacité de telles interventions se pose quasiment systématiquement [Barbosa et al., 2014].

Les approches centrées sur la personne mobilise chez le soignant, nous l'avons vu, la capacité à se placer, mentalement et émotionnellement, dans l'univers du résident avec lequel il interagit, pour lui communiquer sa compréhension tout en cherchant à appréhender la perception que le résident a de ladite compréhension [LaMonica, 1981]. Cette capacité d'empathie est commune à tous les soignants, dans quelque service qu'ils œuvrent ; mais le travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer la mobilise d'autant plus que l'atteinte des fonctions de communication empêche le résident d'exprimer sa volonté, qu'il incombe donc au soignant de s'efforcer de comprendre, mission éventuellement productrice d'un sentiment d'impuissance et d'incapacité à aider, par exemple en cas de douleur physique ou psychique du résident [Edberg et al., 2008]. Le soin à une personne démente comporte donc un travail d'interprétation délicat, réparti entre la recherche de sens (des troubles du comportement notamment) et la compréhension de la situation de dépendance et d'inactivité, interprétation qui n'est pas sans risque puisque le soignant doit avoir confiance dans sa capacité à décoder les signaux émis par le résident et à leur donner une cohérence pour percevoir le résident comme un tout unifié en passant outre la maladie [Berg, Hallberg et Norberg, 1998 ; Ericson-Lidman, Larsson et Norberg, 2014].

Le burn out érode par définition la capacité d'empathie du soignant. Mais l'étude des liens qu'ils entretiennent a mis en évidence une corrélation négative entre empathie et burn out [Åström et al., 1990], selon deux profils de soignants :

- les soignants à haut degré d'empathie seraient à risque en raison de leur fort engagement, qui les conduit à valoriser la proximité de la relation au résident [Åström et al., 1991] ;
- ceux à faible empathie seraient à risque en raison du manque de résultats positifs dans leur travail, alors même qu'ils valorisent l'amélioration de la santé du résident et qu'ils sont émotionnellement moins impliqués en raison même de leur faible empathie [Pines, Aronson et Kafry, 1981].

Les résidents ou les patients ne sont pas les seuls usagers avec lesquels les soignants soient en interaction. Les relations avec les familles sont généralement considérées comme un facteur

important de burn out [Mackenzie et Peragine, 2003 ; McKenzie et al., 2011]. Plusieurs mécanismes, éventuellement cumulatifs, sont à l'œuvre :

- les proches du résident ont eux-mêmes besoin d'être soutenus, par exemple face à la culpabilité d'avoir institutionnalisé leur aîné, ou au rythme qu'impose le maintien d'une vie familiale et sociale et les visites à leur parent ;
- le positionnement mutuel qu'adoptent les familles et les soignants peut varier en fonction de leur connaissance de la maladie d'Alzheimer, passant par tous les stades de la confiance, de la coopération, de la rivalité, selon que la connaissance des proches est considérée comme inexistante ou lacunaire [Edberg et al., 2008] ou au contraire que l'expérience acquise au titre d'aidants naturels vienne constituer une expertise profane concurrençant la médecine et les soins infirmiers officiels, et désormais plus prompte à élever des plaintes pour que soient mieux respectés les droits des patients [Glasberg, Norberg et Söderberg, 2007]. À l'inverse, les conflits se raréfient lorsque les attentes liées aux soins sont partagés entre les familles et les soignants — curieusement, pour un soignant, être ou avoir soi-même été aidant familial majore le risque de conflit avec les familles [Abrahamson, Sutor et Pillemer, 2009], en raison notamment d'attentes divergentes quant aux rôles mutuels des familles et des soignants, notamment durant la phase d'accueil du parent âgé dément [Anchisi, 2014]. Lorsqu'il est défavorable aux soignants, ce positionnement peut se manifester par la mise en doute de leur compétences professionnelles, l'accusation de ne jamais en faire assez, voire des actes d'agression verbale, engendrant un vécu de manque de reconnaissance et d'injustice [Edberg et al., 2008] ;
- cette « coopétition » alliant appui émotionnel et éducatif et travail en collaboration accroît d'autant le nombre de personnes que les soignants doivent prendre en charge et la somme de besoins contradictoires auxquels ils doivent répondre [McCarty et Drebing, 2002 ; Edberg et al., 2008].

Notons pour finir que le processus de burn out, une fois engagé, peut lui-même être à l'origine de la dégradation des relations avec les familles de résidents, dont témoigne la plus grande fréquence d'événements adverses tels que les plaintes ou les abus verbaux de la part des familles [Van Bogaert et al., 2014].

2.2.2.3. Confrontation avec la mort

La confrontation à la mort fait partie des principales sources de stress habituellement avancées chez les soignants, toutes spécialités confondues [Gray-Toft-et Anderson, 1981]. Notre Introduction avait déjà rappelé la fréquence des décès en EHPAD ; par la nature même de la maladie d'Alzheimer et l'âge avancé des personnes qu'elle touche, il est légitime de supputer que les équipes de gériatrie et d'alzheimerologie, particulièrement concernées par la fin de vie et le deuil s'ouvrant au décès d'un résident, puissent en être affectées, d'où une possible implication dans l'exhaustogénèse. Les soignants de première ligne, notamment les aides-soignantes, sont en effet appelés à une très grande proximité physique et affective avec les résidents durant plusieurs années, au point de comparer eux-mêmes cette relation à celle qu'ils nouent avec leur propre famille [Anderson et Gaugler, 2007 ; Anderson, 2008 ; Anderson et Ewen, 2011].

Si l'on a incriminé le nombre de décès survenant dans l'unité de soin [Duquette et al., 1997], la plus ou moins grande exposition aux patients à pronostic vital péjoratif n'a pas pu être associée au burn out, alors que la fréquence du sentiment de dépersonnalisation a pu être corrélé avec la crainte éprouvée par le soignant face à la mort [Hare, Pratt et Andrews, 1988].

L'un des modèles du deuil les plus classiques est celui proposé par Kavanaugh [Kavanaugh, 1976], qui distingue sept étapes à la mort d'un être cher :

- le choc, avec sentiment d'anesthésie et de coupure du reste du monde
- la désorganisation, avec troubles de la concentration importants ;
- la labilité émotionnelle, marquée par des mouvements d'humeur et des affects erratiques. Les services de soins palliatifs disposent généralement de groupes de soutien interdisciplinaires, dont la première fonction est de permettre la décharge de ces débordements émotionnels, qui retentissent sur la capacité à donner et sur l'empathie des soignants ;
- la culpabilité, avec sentiments d'impuissance ou regrets. L'abaissement des normes de soin ou le maintien d'un professionnalisme efficace mais distant forment des processus maladaptatifs à cette culpabilité. La culpabilité constitue, pour le soignant, une forme de lutte inconsciente contre l'impuissance (si je me sens coupable, c'est que je suis responsable, donc pas impuissant).

- les sensations de perte et de solitude, parfois accompagnées d'une appréhension que d'autres personnes ne meurent aussi, isolant toujours davantage l'endeuillé ;
- le soulagement, avec gratitude pour la contribution que le défunt a pu apporter à autrui et à la communauté, et prise de conscience que l'endeuillé doit se joindre à nouveau à la marche du monde ;
- le rétablissement, toujours lent, où l'endeuillé intègre l'absence du défunt dans sa vie quotidienne.

Certains auteurs ont d'ailleurs pu proposer de considérer le burn out comme un processus de deuil spécifique, répondant à une perte (désillusion, résignation, soumission aux contingences externes, etc.) [Price et Murphy, 1984].

Le décès d'un résident induit chez le soignant une réaction de deuil, dont la détresse a été identifiée comme prédicteur de chacune des trois dimensions du burn out. L'appartenance au genre féminin semblait constituer en ce cas un facteur protecteur contre la dépersonnalisation (sans doute en raison d'une meilleure identification des soignantes aux résidentes, qui représentent environ trois quarts de la population des EHPAD), mais minorait l'accomplissement professionnel (en raison de moindres perspectives de promotion et d'une moindre reconnaissance). Enfin, le statut d'Afro-Américain prédisait la dépersonnalisation chez les soignants confrontés au décès d'un résident [Anderson et Ewen, 2011]. En fait, le deuil du soignant en EHPAD se révèle particulièrement complexe, associant simultanément un deuil compliqué et un développement personnel induit par le deuil lui-même. Ces réactions peuvent être particulièrement ambiguës, puisqu'elles comportent des manifestations négatives (détresse, tristesse, culpabilité, burn out, fatigue compassionnelle) et positives (développement émotionnel et professionnel, altruisme, coping renforcé) [Anderson et Ewen, 2011].

Le deuil compliqué se caractérise ici par une durée plus longue et des troubles anxieux, voire dépressifs, plus marqués qu'un deuil normal. Il a été corrélé avec la dépersonnalisation [Anderson, 2008] et avec la peur de la mort, mais est négativement lié au nombre de décès vécus durant l'année écoulée [Anderson et Gaugler, 2007].

Le deuil s'achève normalement par un processus de résilience, de « développement personnel » ou de « croissance personnelle », marquée par une plus grande tolérance, la compassion, le pardon, l'espoir, etc.). Les aides soignantes les plus résilientes sont les plus satisfaites de leur

travail, travaillent plus fréquemment en établissement religieux, et ont la plus courte ancienneté dans l'établissement [Anderson, 2008] ; ce développement est freiné chez les soignants travaillant dans un établissement situé en zone urbaine [Anderson et Gaugler, 2007]. Au final, la résilience au deuil est favorisée quand la proximité affective résident-soignant est reconnue par les tiers, y compris la direction de l'établissement et la famille du résident ; quand le soignant s'ouvre du décès du résident auprès de son cercle amical et familial ; quand le soignant est associé aux rites funéraires, ou encore quand l'expression du deuil par le soignant satisfait aux normes sociales [Anderson et Gaugler, 2007].

Peterson et al. ont identifié, chez les soignants œuvrant en soins palliatifs, deux types de ressources mobilisées face à un patient mourant. Parmi les ressources internes figure le maintien d'une distance professionnelle et l'évaluation du cas, qui permettent une certaine prise de hauteur. Le soutien des pairs et la spiritualité constituent deux ressources internes dont les modalités ont intrigué les auteurs de l'étude. En raison du manque de formation et de préparation à la fin de vie, et parce que la situation est à chaque fois unique et subjective, les infirmières se tournent volontiers vers leurs pairs pour leur demander conseil et bénéficier de leur expérience — nous avons déjà évoqué cette inclination plus haut, et elle invite à considérer avec davantage d'acuité la création de cadres institutionnels permettant la réflexivité sur les pratiques professionnelles [Vinet-Couchevellou, 2013]. Quant à la religion, le soutien d'un aumônier, la prière et la spiritualité permettent une certaine prise de hauteur en rattachant le décès à un ordre dépassant la condition terrestre, à un Grand Dessein, et à la croyance que le défunt repose maintenant dans un endroit meilleur qu'ici-bas. La prière permet en outre d'éviter de rompre le secret professionnel en s'épanchant auprès d'un tiers, fût-il aumônier, et en s'adressant directement à Dieu [Peterson et al., 2010].

La fréquente rencontre avec la mort que suppose le travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semble donc constituer un facteur important de burn out. Nous avons déjà indiqué dans l'Introduction que, la littérature consacrée aux soins palliatifs et à la fin de vie étant plus abondante, c'est sur les stades de la maladie précédant l'entrée en phase terminale que nous entendions nous concentrer dans notre recherche. Notre revue de littérature ne pouvait cependant pas ignorer ce facteur, dont l'analyse succincte nous semble toutefois avoir permis de mettre à jour quelques processus, facteurs de risque ou facteurs de protection que nous entendons

explorer : l'importance de l'identification au soigné, le jeu des relations complexes avec les familles, l'impact de la spiritualité dans la résilience, etc.

Comme nous l'avions souligné également, le décès d'un patient très âgé est généralement attendu par les soignants, même inexpérimentés. Les troubles du comportement, bien qu'ils soient tout aussi classiquement décrits, revêtent pour leur part toujours un aspect surprenant, déroutant, quant au moment de leur survenue, à leurs manifestations et à leur récurrence. C'est à eux que le paragraphe suivant sera consacré.

2.2.2.4. Comportements difficiles et agressifs

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (agitation, agressivité, cris, hallucinations, délires, dépression, anxiété, etc.) sont généralement perçus comme les symptômes les plus délicats à gérer [Ballard et al., 2000] et constituent les stressseurs les plus fréquemment cités parmi les soignants, qu'ils appartiennent à la filière [Chappell et Novak, 1994 ; Novak et Chappell, 1994 ; Mackenzie et Peragine, 2003 ; McKenzie et al., 2011] ou qu'ils soient généralistes : dans une étude de 1999, 56 % des infirmiers et 60 % des médecins généralistes trouvaient de modérément à très stressant le fait de travailler auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la difficulté de la réponse à apporter aux troubles du comportement étant la principale motivation avancée dans les deux métiers [McIntosh et al., 1999].

La plupart des comportements agressifs surviennent en situation de soins directs : bain, douche, brossage des dents, habillage, etc. Les sujets déments seraient sensibles à tout changement de leur environnement et à certains facteurs de travail (manque de personnel ou de temps). La surpopulation, une ambiance trop bruyante, les portes fermées, le manque d'espace et d'intimité, l'inexpérience des soignants sont susceptibles de favoriser un geste agressif [Isaksson et al., 2008 ; Åström et al., 2002 ; Zeller et al., 2009].

Les « agressions » ou incidents sont particulièrement fréquents, puisqu'ils concernent la moitié des résidents [Everitt et al., 1991]. Gates, Fitzwater et Succop font état d'une moyenne de 4,69 agressions par aide soignante par période de 80 heures de travail [Gates, Fitzwater et Succop, 2003] ; 59 % des aides soignantes déclarent être agressées au moins une fois par semaine, et 16 % quotidiennement. Au cours de leur carrière, 51 % ont été blessées, et 38 % ont dû consulter un médecin pour cette raison [Gates et al., 2004]. Une étude menée en Turquie

[Mandiracioglu et Cam, 2006] parvient à des résultats comparables : 56 % des soignants s’y déclaraient avoir été victimes de violences de la part des résidents (dont 75 % d’agressions verbales et 24 % d’agressions physiques). Aux États-Unis, l’étude de Tak et al. considère que 34 % des aides-soignantes ont été agressées [Tak et al., 2010]. Enfin, une publication australienne fait état de fréquences similaires : 28,6 % de violences psychologiques occasionnelles ou fréquentes du fait des résidents ou de leur famille, 14,2 % de harcèlement sexuel verbal, 29 % de menaces d’agression et 36,7 % d’agressions physiques [Rodwell et Demir, 2014].

Les enquêtes de victimation sur douze mois fournissent des résultats moins congruents : les études les plus anciennes font état d’une incidence variant de 11,4 à 40 % [Åström et al., 2002 ; Åström et al., 2004]. Une étude suisse trouve 54 % des soignants ayant vécu une agression physique de la part d’un résident dans les douze derniers mois [Zeller et al., 2012], corroborant les résultats chez les soignants allemands (56 %) [Schablon et al., 2012], mais très en deçà de ceux publiés par Franz et al. : 83,9 % des soignants d’EHPAD avaient été victimes d’une violence physique dans les douze mois précédents, et 90,3 % d’une violence verbale [Franz et al., 2010].

Types de violences subies	Unité de gériatrie	Maisons de retraite
Injures	75,2	81,6
Harcèlement	23,0	41,6
Remarques racistes	–	–
Harcèlement sexuel	12,7	–
Gestes menaçants	39,2	50,0
Coups	34,6	29,5
Coups de pied	16,7	23,2
Morsures	11,3	9,5
Griffures	51,7	25,3

Tableau 1.4 • Typologie et fréquence des « violences » subies par les soignants
[Schablon et al., 2012]

Plusieurs publications soulignent la subjectivité dans le ressenti d’un acte comme violent : l’un des critères peut par exemple considérer comme tel un comportement difficile, intentionnel, excusable, ordinaire, que le soignant devra contextualiser en fonction de ses propres expériences

et attitudes [Isaksson, Åström et Graneheim, 2008]. Mais longtemps, les comportements agressifs n'ont pas été considérés comme des violences chez les patients déments ; les organisations soignantes ont même pu les tenir pour normaux [Mandiracioglu et Cam, 2006], attendus, tolérés et acceptés [Gates, Fitzwater et Meyer, 1999], ou « pas inhabituels », expliquant la disparité des perceptions [Snowdon, Miller et Vaughan, 1996]. Mais les aides soignantes n'hésitent plus aujourd'hui à les qualifier de « violents », suggérant que leur coût émotionnel, physique et financier pour le soignant n'est pas négligeable [Gates, Fitzwater et Succop, 2005].

La qualification et le ressenti par le soignant du comportement du résident forment un processus complexe. Le comportement du résident est l'objet d'une première classification qui conduit le soignant à étiqueter le résident selon des catégories préétablies, qui en retour conditionnent la lecture qui sera faite des comportements ultérieurs de la personne âgée et des réponses qui leur seront apportées par le soignant, corroborant au passage l'étiquetage initial (supposons une résidente étiquetée comme « chercheuse d'attention » ; si elle renverse les magazines au sol, il est probable que ce geste sera tenu pour être destiné à attirer l'attention, ce qui confortera la justesse de l'étiquetage initial) [Innes, 1998].

Ainsi, est jugé difficile un comportement qui rend le travail des soignants plus difficile et dont l'auteur est un résident tombant dans une catégorie préexistante de fauteur de troubles ou d'inoffensif. Les comportements jugés perturbateurs sont les agressions physiques ou verbales, les comportements bizarres, le bruit et l'agitation [Everitt et al., 1991].

Plus concrètement, est étiqueté comme difficile un résident qui perturbe la routine de l'établissement, qui occasionne plus de travail, qui perturbe d'autres résidents, et/ou qui n'est pas coopératif ou compliant. Ce processus d'étiquetage se renforce si le résident est pourvu de caractéristiques blâmables (délire, alcoolisme, statut d'étranger) [Daloze et al., 2005].

À l'inverse, les résidents faciles sont ceux dont la démence n'est pas trop avancée, et qui se montrent coopératifs, autonomes, bien disposés, voire passifs, obéissants, respectueux... Parmi eux sont souvent choisis des « chouchous », qui bénéficient de petits traitements de faveur. Souvent dissimulé, ce favoritisme s'effectue au profit de résidents semblant être ignorés (par opposition aux résidents très « présents », par exemple crieurs). Les écarts de conduite de ces résidents faciles sont d'emblée excusés, ce qui met en évidence un traitement différencié des comportements difficiles selon de l'étiquetage du résident : un comportement perturbateur est

plus facilement géré et toléré chez un résident facile que chez un résident considéré comme difficile. Ainsi, pour gérer un comportement potentiellement difficile comme la déambulation, le personnel contrôle la liberté et l'autonomie du résident en fonction de son appartenance aux catégories de fauteur de trouble ou d'inoffensif. De même, les refus de soin, qui induisent par définition un surcroît de travail et de temps à consacrer au résident, conduisent à des réponses plus ou moins douces ou autoritaires, voire brusques, selon que le résident est facile ou difficile [Innes, 1998].

La maladie d'Alzheimer a la particularité d'engendrer des réactions parfois antithétiques chez les soignants : mal formés, ils sont susceptibles de refuser un diagnostic de démence pourtant établi, c'est-à-dire de ne pas *croire* à la véracité de ce diagnostic. La démence finit alors par être perçue comme équivalente à une multitude de maux et malfaisances [Innes, 1998]. À l'inverse, d'autres soignants peuvent avoir tendance à la « démentification subjective », c'est-à-dire à interpréter les manifestations énigmatiques et les bizarreries de la personne âgée selon une grille de lecture exclusivement démentielle [Sauvagnat et Vinet-Couchevellou, 2010 ; Vinet-Couchevellou, 2013]. Enfin, les soignants intègrent la capacité cognitive du sujet dans leur évaluation du caractère perturbateur : ils jugent plus stressante une agression verbale quand le déclin cognitif du résident est moins prononcé, mais moins stressants le bruit, la bizarrerie, la déambulation ou l'agitation [Everitt et al., 1991].

Quoi qu'il en soit, les traits les plus difficiles à gérer pour les soignants sont l'agressivité/hostilité et l'incontrôlabilité des troubles du comportement, et certains auteurs considèrent que le personnel des maisons de retraite tend *in fine* à percevoir les résidents en termes davantage négatifs que positifs, même s'il se déclare plutôt satisfait de son travail [Brodaty, Draper et Low, 2003]. Paradoxalement, le stress perçu par les soignants fait l'objet d'une attribution causale soit externe (l'organisation en est responsable), soit interne (la faute en incombe au soignant, plutôt que d'être attribuée aux résidents eux-mêmes [Baillon et al., 1996]. Pour le dire autrement, en gériatrie, les soignants tendent à attribuer le stress à leur environnement organisationnel et managérial davantage qu'à des facteurs personnels ou liés au patient [Cocco, 2010]. Nous avons tendance à voir dans cette sanctuarisation du résident un mécanisme de défense collectif dont notre recherche ultérieure indiquera peut-être s'il est impliqué dans les modalités d'expression spécifiques du burn out en alzheimerologie.

Ces considérations influencent directement le lien entre troubles du comportement et burn out. Seule une étude turque n'a pas retrouvé de relation entre les violences subies et de la part des résidents et les niveaux de burn out des soignants [Mandiracioglu et Cam, 2006]. Le reste de la littérature est plutôt unanime pour relier le bien-être des soignants, entre autres facteurs, à de plus faibles niveaux de comportements perturbateurs (agression, non-coopération, etc.) [Moniz-Cook, Millington et Silver, 1997], ou la perturbation psychologique à la fréquence des agressions [McPherson et al., 1994], ou encore l'épuisement mental, à la violence et aux menaces [Rafnsdottir, Gunnarsdottir et Tomasson, 2004].

Les soignants déclarent un niveau modéré de détresse liée aux comportements difficiles des résidents, dont le comportement le plus stressant est l'agressivité [Zwijssen et al., 2014] ; cette détresse est corrélée à un taux de burn out plus élevé et un état de santé général moindre [Schmidt et al., 2012]. L'épuisement émotionnel apparaît corrélé à l'agression physique et, plus encore, à l'agression verbale ; la dépersonnalisation apparaît corrélée à l'agression verbale [Evers, Tomic et Brouwers, 2002]. Ces deux dimensions du burn out sont significativement plus élevées chez les soignants ayant fait l'objet d'une agression physique et/ou verbale [Ko et al., 2012].

Enfin, les procédures de gestion des comportements violents incluent généralement de passer la main à un autre soignant, ou de différer la tâche à accomplir, dans l'attente d'une accalmie comportementale. Une étude suédoise a mis en évidence — comme nous l'avons déjà évoqué dans le cas de la fin de vie — une pratique informelle que les auteurs qualifient de « defusing » (d'après une terminologie utilisée en psychotraumatologie), consistant pour le soignant à discuter l'épisode agressif avec un collègue pour essayer d'analyser pourquoi il n'a pas été possible de prévenir et de juguler la crise violente [Isaksson, Åström et Graneheim, 2013].

2.2.2.5. Souffrance éthique

Les conflits de valeurs sont classiquement identifiés comme l'une des six causes organisationnelles de burn out [Maslach et Leiter, 1997, p. 38]. Dans l'approche maslachienne, il s'agit principalement de conflits entre les valeurs prônées par l'organisation et celles défendues par le travailleur à titre personnel ; mais dans des professions où la dimension éthique occupe

une place importante et de longue date, le conflit peut se révéler plus intériorisé et prendre une tournure intrasubjective plus subtile.

Non sans affinités avec l'approche maslachienne, Jameton appelle « détresse morale » cette tension psychique douloureuse apparaissant lorsque les contraintes institutionnelles font obstacle à ce que le soignant tient pour moralement vrai et nécessaire. Un dilemme classique placerait le sujet face à plusieurs options éthiquement défendables mais contradictoires, chacune présentant des inconvénients jugés difficilement acceptables ; l'apport du concept de « détresse morale » est de souligner que le sujet a pu trancher un dilemme éthique, mais que des contraintes externes l'empêchent de mettre en pratique sa décision et de s'attaquer à la véritable cause du problème identifié [Jameton, 1984]. Jameton distingue ultérieurement une détresse morale primaire, causée par les obstacles bureaucratiques ou des collègues désagréables, et une détresse réactionnelle, survenant quand les stratégies de coping mises en place pour lutter contre la détresse primitive s'avèrent inopérantes. Cette détresse morale secondaire se caractérise par des migraines, un risque dépressif, des sentiments de dévalorisation, et peut conduire au burn out et à l'intention de quitter la profession soignante [Jameton, 1993].

Plusieurs catégories d'obstacles externes au sujet ont ainsi pu être avancées en alzheimerologie. Une étude suédoise a mis en évidence, dans le discours de soignants de sexe masculin, trois facteurs de détresse morale [Nordam, Torjuul et Sørli, 2005] :

- Les « attitudes négatives » portées par la société en général et les services non gériatriques conduiraient à privilégier les valeurs de jeunisme, de richesse ou d'indépendance et à accorder un moindre respect aux personnes âgées, considérées comme désormais inutiles malgré leur expérience, notamment quand elles sont atteintes de démence. Cette perception occasionne un sentiment de violence morale et d'indignation, puisque le « système » est vécu comme portant gravement atteinte à la dignité de l'être humain et à la qualité des soins.
- En raison de ce statut péjoratif de la personne âgée, l'allocation des ressources s'effectuerait au profit des spécialités techniques et au détriment des sujets en perte d'autonomie, jugés moins « intéressants ». Paradoxalement, les soignants notent que le système leur demande de développer les programmes d'amélioration de la prise en soins des personnes âgées tout en réduisant les ressources allouées... Ce ressenti converge avec la perception d'une méconnaissance de la maladie d'Alzheimer chez les autres soignants ou les familles de résidents [Edberg et al., 2008] pour donner naissance à un sentiment d'impuissance, né de

l'impossibilité à répondre convenablement aux attentes et besoins des résidents et de leur famille, de la sensation de devoir « faire malgré », ou de ne pas faire ce qu'il y a de mieux pour les patients, mettant en avant l'habitude, la routine, les conditions de travail, dont nous verrons qu'il ouvre dans le même temps la voie à la maltraitance par négligence [Daloze et al., 2005].

- Enfin, les désaccords professionnels avec le corps médical et son manque d'égard pour l'excellence clinique des soignants détourneraient un temps soignant qui serait mieux utilisé à communiquer avec les résidents ou leur famille plutôt qu'à négocier avec les médecins. Ce manque de reconnaissance peut conduire à outrepasser les prescriptions médicales d'antalgiques ou de sédatifs, dans l'intérêt du résident — contournement qui suppose le renforcement de la confiance que le soignant accorde à ses propres compétences [Nordam, Torjuul et Sørli, 2005].

Ce triple sentiment d'« injustice » (c'est-à-dire de violence morale, d'impuissance et de manque de reconnaissance) peut, dans un contexte général où il s'agit de concilier le soin aux résidents et les contraintes du travail, conduire à une souffrance éthique. En gériatrie, la nécessité de respecter deux rythmes de travail contradictoires (la course contre le temps pour répondre à l'intensification des rythmes, et le ralentissement pour satisfaire à la nature essentiellement relationnelle du *care*) conduit les aides-soignantes à utiliser des stratégies collectives leur permettant de continuer à réaliser des actes relationnels, même s'ils sont courts et peu développés ; il s'agit de stratégies informelles, non prescrites, passant par l'entraide (coup de main, remplacement, etc.), et transmises entre aides-soignantes expérimentées et novices [Aubry et Couturier, 2012], mais qui ne leur suffisent pas au final à considérer qu'elles réussissent à effectuer un travail relationnel de qualité — *a fortiori* lorsque le collectif de travail s'effrite —, contribuant à l'émergence de la souffrance éthique [Aubry, 2012 ; Aubry et Couturier, 2013a ; Aubry et Couturier, 2013b].

Une équipe de l'université d'Umeå, en Suède, explore depuis plusieurs années l'articulation entre cette souffrance éthique et le burn out chez les soignants d'unités gériatriques, avec une approche phénoménologique-herméneutique axée sur les notions de stress de conscience et de

conscience troublée⁸ [Juthberg et al., 2007 ; Juthberg et al., 2008 ; Juthberg et al., 2010 ; Juthberg et Sundin, 2010 ; Åhlin et al., 2013 ; Orrung Wallin, Edberg et Jakobsson, 2013 ; Orrung Wallin, Jakobsson et Edberg, 2013].

Comme indiqué plus haut, le stress de conscience est causé par une conscience « troublée », lorsque le soignant ne peut pas prodiguer un soin en adéquation avec sa conscience [Glasberg et al., 2006 ; Glasberg, Eriksson et Norberg, 2007]. La conscience est à la fois une autorité et une sensibilité exigeante, dépendant du contexte culturel ; elle est cette voix intérieure dont l'écoute requiert une certaine sérénité avant qu'elle ne soit interprétée [Ericson-Lidman et al., 2013]. Perçue comme un signal, la conscience alerte ainsi contre la souffrance infligée à autrui ou à soi-même. La conscience est généralement perçue comme un atout et un guide, mais il peut survenir qu'elle soit vécue comme un fardeau, dimension négative de la sensibilité morale désignant l'incapacité à affronter les problèmes éthiques [Glasberg, Eriksson et Norberg, 2008]. Elle est alors positivement corrélée aux dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du burn out [Åhlin et al., 2013].

En de telles situations, la principale manifestation du stress de conscience est muette : la conscience doit être réduite au silence, anesthésiée pour que le soignant puisse continuer à exercer son métier. Cette anesthésie est d'abord destinée à entretenir la possibilité du rapport à autrui, notamment la coopération avec le reste de l'équipe (qui impose au soignant de respecter ce que sa conscience lui dicte, tout en accordant de l'importance à celle d'autrui) [Juthberg et al., 2007].

L'anesthésie de la conscience remplit un second office : elle permet au sujet de préserver son identité de « bon » soignant. La perception d'un écart entre ses croyances et ses actions peut en effet être éteinte par une activité effrénée, destinée à l'empêcher de penser [Childress, 1979 ;

⁸ Bien qu'aucune référence n'y soit faite dans aucun des articles que nous avons consultés, la notion de conscience troublée nous semble culturellement marquée, puisque très liée à la théologie protestante. Même si le Livre des Proverbes (Sap., 17, 10) de l'Ancien Testament y fait référence, la notion prend une importance particulière chez Martin Luther (Préface au premier volume des œuvres latines de l'édition de Wittenberg » (1545), in : *Œuvres*. Tome VII, Genève, 1962, p. 306). L'expression apparaît également sous la plume de Bouddha : « Une conscience troublée par les désirs ne peut se libérer ; et une sagesse troublée par l'ignorance ne peut se développer », ce qui minore sans doute la portée de notre réserve...

Daloz et al., 2005]. Anesthésier sa conscience peut consister à renoncer à ses idéaux professionnels. Kelly a ainsi étudié comment les jeunes infirmières préservent leur intégrité morale deux ans après leur entrée dans le métier : cette adaptation à la réalité hospitalière se fait par un processus de vulnérabilisation, avec un coping au jour le jour, cumulant détresse morale, sentiment d'aliénation de soi, perte des idéaux, jusqu'à l'intégration d'une nouvelle identité professionnelle [Kelly, 1998].

La recherche de l'excellence amène le soignant à comparer ce qu'il est aujourd'hui et ce qu'il pensait être un bon soignant quand il a embrassé la carrière, comparaison qui ne peut que lui être défavorable, engendrant culpabilité, perte des idéaux et développement d'une capacité à s'abuser soi-même (*self-deception*) [Juthberg et al., 2007]. Cet autoaveuglement présente l'ambiguïté d'éviter de regarder en face ses propres erreurs et de fuir le jugement d'une conscience que l'on est précisément en train de réveiller. Ce trouble de la conscience est l'indice que les motifs que l'on se donne ne sont pas en accord avec ce que l'on voudrait qu'ils soient. Pour prolonger l'image de soi comme idéal de la profession, une solution peut être l'anesthésie de la conscience : le cycle de l'aveuglement peut se poursuivre...

Or, l'obligation de réduire sa conscience au silence a pu être statistiquement corrélée aux trois dimensions du burn out [Juthberg et al., 2008], expliquant pourquoi le burn out peut être lu comme une remise en question de l'identité professionnelle, situation où le soignant est amené à se sentir impuissant, insuffisant, voire incompetent, doutant de sa propre capacité à apprécier correctement une situation et à prendre la décision de soin adaptée, voire coupable. L'on notera ici que les conditions de travail influent sur cette recherche de sens : les infirmières, qui effectuent les seuls soins infirmiers et travaillent dans la solitude, ont besoin d'être bonnes *par elles-mêmes* (« *they need to be good enough by themselves* »); les aides-soignantes, qui participent à la toilette et aux soins, appartiennent à une équipe et cherchent à être bonnes *ensemble* (« *good enough together* ») [Juthberg et Sundin, 2010].

Toutefois, la construction de l'identité professionnelle est le fruit d'une négociation entre soi et autrui, dans un contexte social donné ; les valeurs collectives de la profession imprègnent la perception du « bien faire » ou du « beau travail » qui, contrarié, est la source d'une souffrance morale n'admettant que deux modalités de résolution : le mensonge (aveuglement) ou la lutte pour s'extraire du conflit [Juthberg et al., 2007]. Une stratégie de préservation de son intégrité

morale peut dès lors consister à réviser son identité professionnelle, en incorporant au soi l'image que les autres ont de soi [Kelly, 1998].

L'on perçoit dès lors que la prévention du stress de conscience et du burn out puisse recourir à des stratégies collectives. Pour faire face à une conscience troublée, les soignants se livrent non seulement à des dialogues intérieurs ; ils échangent aussi spontanément avec leurs pairs, concrétisant un besoin de distanciation et de ressourcement [Ericson-Lidman et Strandberg, 2013a ; Ericson-Lidman et Strandberg, 2013b]. La tenue de réunions au cours desquels les soignants ont pu échanger sur des situations difficiles, ayant occasionné des épisodes de stress de la conscience, leur a notamment permis de verbaliser et de conscientiser le besoin de considérer l'équipe soignante d'une façon plus large, intégrant le cadre infirmier [Ericson-Lidman et Strandberg, 2014]. Au final, la lutte contre le stress de conscience semble donc devoir satisfaire à une triple condition : pouvoir respecter sa conscience dans son travail quotidien, pouvoir partager ses expériences de troubles de la conscience avec ses collègues [Juthberg et al., 2010], et bénéficier du soutien de ses supérieurs (Ahlin et al., 2013).

La souffrance éthique telle que la littérature la rattache au burn out en alzheimerologie associe donc un sentiment d'injustice protéiforme, présentant parfois quelques aspects discrètement persécutoires, une conscience troublée, voire stressée ou réduite au silence, et un discours s'exprimant fréquemment au nom du résident. Ces éléments nous semblent évocateurs de défenses, conscientes ou non, mises en place afin de se prémunir contre diverses atteintes ressenties contre l'identité professionnelle et personnelle du soignant.

L'on voit ainsi comment, à partir de facteurs organisationnels, le théâtre des opérations s'étend au vécu du travail, puis au terrain psychique, même intrapsychique, du soignant. L'on pressent bien que se trouvent mobilisés divers facteurs individuels, auxquels nous voudrions maintenant nous consacrer.

2.3. Déterminants individuels

Puisque nous avons choisi de procéder du général et particulier, du distal au proximal, les caractéristiques propres au soignant forment le troisième et dernier niveau de cette recension des déterminants du burn out en alzheimerologie. Les déterminants sociodémographiques forment le

groupe le plus classiquement étudié (2.3.1.) ; quant aux déterminants liés à la personnalité, quoique abondants dans la littérature générale sur le burn out, ils sont rares dans la littérature gériatologique que nous avons compulsée (2.3.2.).

2.3.1. Déterminants sociodémographiques

Nous avons, parmi les paramètres sociodémographiques constamment étudiés par la littérature, retenu quatre déterminants : le sexe ; l'âge, l'ancienneté et l'expérience (que nous regroupons puisqu'ils sont statistiquement corrélés) ; la profession, et l'appartenance ethnique.

2.3.1.1. Sexe

Le sexe n'apparaît corrélé à aucune des trois dimensions du burn out [McPherson et al., 1994 ; Duquette et al., 1997 ; Evers, Tomic et Brouwers, 2002]. Seule une étude turque montre un niveau de burn out significativement plus élevé chez les femmes que les hommes [Mandiracioglu et Cam, 2006].

Les études s'intéressant au lien entre le sexe et des facteurs de burn out (autrement dit, à une influence indirecte du sexe sur le burn out) ne sont guère plus nombreuses. Ainsi, en Allemagne, il n'a pas non plus été identifié de lien entre exposition à la violence et sexe du soignant, même si les auteurs signalent que la littérature est inconstante à ce sujet. Toutefois, lorsqu'elles sont exposées, les femmes réagissent plus fréquemment par du stress, et sont plus vulnérables après un événement traumatisant [Schablon et al., 2012].

Aux États-Unis, une étude sur l'impact du décès d'un résident a montré que le sexe féminin constitue un facteur de protection contre la dépersonnalisation, mais aussi un facteur de réduction du sentiment d'accomplissement professionnel, les auteurs supputant une meilleure identification des soignantes aux résidentes, plus nombreuses, et de moindres perspectives d'avancement professionnel [Anderson et Ewen, 2011].

Notons qu'une étude longitudinale portant sur 212 médecins néerlandais concluait à un processus d'installation du burn out variant avec le sexe :

- chez les femmes, l'épuisement émotionnel prime, induisant la dépersonnalisation, puis la réduction du sentiment d'accomplissement professionnel, conformément au modèle de Maslach et Leiter ;
- chez les hommes, c'est la dépersonnalisation qui initie l'épuisement émotionnel, qui renforce en retour potentiellement la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement professionnel. Les auteurs notent que chez les hommes, le sentiment d'accomplissement professionnel semble se développer indépendamment des deux autres dimensions, ce qui conduit à émettre l'hypothèse selon laquelle le sentiment d'accomplissement professionnel pourrait ne pas être une des dimensions du burn out [Houkes et al., 2011]

Cette absence d'impact unanimement constaté du sexe sur le burn out, qu'il soit direct ou indirect, n'est pas sans étonner, puisqu'il ne permet pas de refléter la répartition sexuée des rôles dans la société, notamment le plus ou moins grand déséquilibre marquant le travail domestique et éducatif effectué par les femmes et les hommes, ni les rapports de domination, ni les éventuelles spécificités d'un milieu de travail très majoritairement féminin, ni non plus l'influence potentielle de l'identité de genre...

2.3.1.2. Âge, ancienneté et expérience

Plusieurs études ne retrouvent aucun effet de l'âge des soignants sur leur niveau de burn out [Åström et al., 1991 ; McPherson et al., 1994 ; Duquette et al., 1997 ; Evers, Tomic et Brouwers, 2002 ; Mandiracioglu et Cam, 2006]. Certaines études estiment toutefois que l'âge est corrélé à toutes les dimensions du burn out s'il est mesuré à l'aide du Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (sauf la dimension de protection réactionnelle) [Jenull, Brunner et Mayr, 2008] ou Professional Quality of Life Measure (ProQOL) [Thomas et al., 2014].

À l'inverse, l'âge a parfois été négativement corrélé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation : plus les soignants sont âgés, moins ils sont exposés au burn out [Richardson, Kitchen et Livingston, 2002 ; Narumoto et al., 2008 ; Duffy, Oyebode et Allen, 2009], conduisant à émettre plusieurs hypothèses, comme un effet survivant, ou une plus grande capacité de résilience chez les soignants toujours en poste.

Un autre élément de réponse pourrait résider dans le fait que les soignants les moins âgés semblent plus exposés aux violences des résidents [Gates, Fitzwater et Succop, 2003] : passé 45-49 ans, la gestion des comportements difficiles s'affirme et l'exposition aux violences est moindre [Schablon et al., 2012] mais la corrélation devient légèrement positive entre la détresse liée aux comportements difficiles des résidents ou le burn out et l'âge des infirmières [Schmidt et al., 2012].

L'expérience semble sans effet sur le burn out [Åström et al., 1991 ; McPherson et al., 1994 ; Duquette et al., 1997], et sur la détresse liée aux comportements difficiles des résidents, ce qui ne coïncide pas avec la littérature existante [Schmidt et al., 2012].

Zimmermann et al. trouvaient pour leur part un stress significativement plus fréquent chez les soignants ayant de 1 à 2 ans d'expérience, qui ont aussi des attitudes plus optimistes et plus orientées sur la personne [Zimmermann et al., 2005]. L'expérience du soignant sur le lieu de travail actuel peut constituer un facteur de risque de burn out, dans la mesure où l'ancienneté de son engagement auprès de certains résidents peut venir éroder son empathie [Åström et al., 1991], par exemple par un processus de fatigue compassionnelle [Thomas et al., 2014]. De la même façon, l'expérience du travail auprès de sujets déments conduit les soignants à considérer que les comportements agressifs ne peuvent pas être contrôlés [Todd et Watts, 2005], imputation de moindre contrôlabilité qui peut constituer un facteur de burn out. Chez les aides soignantes, la formation initiale est un facteur de susceptibilité différenciée au burn out : chez les plus diplômées, le burn out est en début de carrière inférieur à celui enregistré chez leurs collègues moins bien formées. Chez ces dernières, l'inhabileté à maîtriser les comportements perturbateurs et une plus grande rétivité aux démarches de qualité conduit dans les premières années de la carrière à un turnover plus important, d'autant qu'elles servent probablement de variables d'ajustement en cas de difficultés économiques, par exemple. La susceptibilité au burn out s'inverse ensuite : l'on peut supposer que la qualification exerce un effet protecteur contre le burn out, mais aussi qu'elle élève les attentes à l'égard de son travail et l'aptitude à lui porter un regard critique. La carrière avançant, les aides soignantes mieux formées quittent leur emploi ou sont plus enclines au burn out [Cocco, 2010].

Enfin, quoique nous n'ayons identifié aucune publication relative à ce point précis, la pratique, largement répandue, consistant à solliciter les conseils de soignants plus expérimentés doit à

notre sens être interrogée : est-elle, pour ces mentors, un facteur de risque de fatigue compassionnelle par exposition aux récits des difficultés des jeunes collègues, ou de burn out par surcharge de travail ? Est-elle au contraire un facteur de prévention en venant renforcer la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et humaines ?

2.3.1.3. Profession

La littérature semble unanime à considérer que les métiers prodiguant des soins directs au patient (aides-soignantes, infirmières) courent un risque de burn out plus élevé que les autres [Lapane et Hughes, 2007 ; Ayalon, 2008]. Les activités de care (toilettes, ménage, etc.) sont majoritairement effectuées par une main-d'œuvre relativement peu rémunérée, mobile, peu qualifiée (notamment au soin à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer), qui peut prédisposer au burn out par déficit de responsabilité perçue [Jenkins et Allen, 1988 ; Ballard et al., 2000]. Les études portant sur les soignants *stricto sensu* (aides-soignants et infirmières) sont relativement nombreuses. Ainsi, Aström et al. estiment que 35,5 % des aides-soignantes sont à risque élevé, contre environ 30,5 % des infirmières de premier niveau (*licenced practical nurses*) et 13,2% des infirmières de second niveau, les plus qualifiées (*registred nurses*) [Aström et al., 1990]. Dans une étude portant sur 146 soignants de gériatrie suédois, la prévalence d'un niveau élevé d'épuisement émotionnel était semblable chez les infirmières et les aides-soignantes, mais les infirmières étaient plus nombreuses à manifester un niveau modéré (26,7 %, contre 21 % chez les aides-soignantes) plutôt que faible (51,1 % contre 57 %). À l'inverse, les aides-soignantes témoignaient de niveaux modérés de dépersonnalisation et d'accomplissement professionnel supérieurs à ceux des infirmières [Juthberg et al., 2010].

En revanche, les comparaisons avec d'autres types de professions sont plus rares. Une population composée à moitiés égales d'infirmières et de psychologues n'a pas permis d'identifier un effet notable de la profession, la population présentant des niveaux élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de faible accomplissement professionnel dans respectivement 35,3 %, 7,8 et 9,8 % des cas [Todd et Watts, 2005]. Les résultats de Schmidt et al. vont dans le même sens, qui ne décèlent aucune influence de la position ou de la qualification sur la détresse liée aux comportements difficiles du patient ou résident [Schmidt et al., 2012].

Une étude française récente portant sur 400 salariés retrouve une prévalence de burn out élevé variant selon les professions : les professions soignantes et les secrétaires y apparaissent comme à risque plus élevé que les travailleurs sociaux (tableau 1.5) [Thomas et al., 2014].

Profession	% Burnout élevé (± écart-type)
cadres infirmiers	28,6 ± 6,4
secrétaires	28,6 ± 9,2
infirmières	26,0 ± 7,3
aides-soignantes	24,8 ± 5,6
médecins	23,6 ± 6,6
travailleurs sociaux et administratifs	19,7 ± 3,3

Tableau 1.5 • Prévalence d'un score élevé de burn out par profession [Thomas et al., 2014].

L'influence de la profession sur la vulnérabilité au burn out peut donc s'exercer à plusieurs niveaux :

- en termes de contenu du travail, comme le suppose la littérature, par la proximité physique et affective ou par la pesanteur du travail administrative éventuel ;
- en termes socio-organisationnels, en attribuant au salarié un statut et une place dans la ligne hiérarchique ;
- et en tant que « symptôme » cristallisant un ensemble de paramètres socioculturels alliant formation initiale, systèmes de croyances et de représentations, attentes sociales et professionnelles, etc.

Notons pour finir que la littérature scientifique ne porte que sur un éventail très restreint de métiers (aides-soignantes, infirmières notamment), étudiant peu ou pas des professions soignantes certes moins nombreuses, mais présentes en EHPAD ou en SSR (ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).

2.3.1.4. Appartenance ethnique

Il nous a semblé pertinent de polariser une partie de notre recherche bibliographique sur les liens qu'entretient le burn out avec l'appartenance ethnique, pour des raisons déjà évoquées dans notre Introduction : la diversité caractérise à la fois la population générale et notre population d'étude,

et les difficultés de recrutement tendent à alimenter cette dimension (voir Introduction, fin de la section 1). Une étude antérieure, menée dans des EHPAD français, confirme que « la majorité des soignants est originaire des Antilles françaises, des pays du Maghreb et d'Afrique noire » [Gernet et Chekroun, 2008].

L'existence de tels liens est, en soi, assez nébuleuse sous l'angle statistique. Remarquons pour commencer que les études répertoriées ont toutes été menées ailleurs qu'en France, probablement sous la pression (réelle ou perçue) d'une réglementation nationale limitant le recours aux paramètres « ethniques » ou religieux dans les études quantitatives. Cette donnée souligne l'impératif de prudence et de contextualisation qui doit prévaloir lors de la lecture des résultats empiriques.

Les rares approches descriptives s'avèrent contradictoires. Si plusieurs auteurs signalent que la littérature antérieure indique que les soignants issus des minorités ressentent un burn out plus élevé et quittent leur travail plus fréquemment [MacKenzie et Peragine., 2003 ; Anderson, 2008 ; Anderson et Ewen, 2011], les articles que nous avons consultés concluent à l'absence de corrélation entre l'ethnie et le stress [McKenzie et al., 2011], ou à une satisfaction au travail supérieure chez les soignants de gériatrie non Noirs (c'est-à-dire Blancs et Autres) [Zimmermann et al., 2005].

Les approches analytiques s'intéressant à la relation entre appartenance ethnoculturelle et burn out apparaissent plus riches d'enseignements. Nous avons décelé, dans la littérature compulsée, deux grilles de lecture, l'une socioéconomique, l'autre, sociorelationnelle.

► Approche socioéconomique

Le statut socioéconomique subjectif, c'est-à-dire la perception par le soignant de la place qu'il occupe dans la hiérarchie socioéconomique, sur la foi de critères tels que sa profession, son niveau d'études, ses revenus, etc., est un facteur prédictif du burn out : le niveau de burn out est d'autant plus faible que le soignant s'attribue un statut socioéconomique plus favorable [Ayalon, 2008]. Le statut de travailleur immigré de plus ou moins longue date ne semble ainsi pas neutre au regard du burn out : une étude israélienne comparant les soignants de gériatrie a isolé un niveau de burn out supérieur chez les nouveaux immigrants que chez les travailleurs Arabes travaillant en Israël, eux-mêmes plus atteints que les Israéliens de longue date (scores respectifs

au Burnout Measure de Pines et Aronson : 2,94 vs. 2,59 et 2,18) — la tolérance à la maltraitance variant dans le même sens [Cohen et Shinar-Altman, 2011]. De même, ce statut peut entraver l'acquisition de nouvelles compétences ou connaissances professionnelles : une étude cherchant à vérifier la maîtrise des connaissances relatives à la maladie d'Alzheimer chez des soignants australiens a ainsi identifié chez les répondants provenant d'Inde et du Népal des scores significativement plus faibles aux questions portant sur leur compréhension d'un soin adapté que les autres groupes ethniques ou migrants installés en Australie depuis plus longtemps [Stockwell-Smith, Jones et Moyle, 2011 ; Jones, Moyle et Stockwell-Smith, 2013].

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- le statut de nouvel immigrant est en soi stressant, en lien avec le processus d'intégration dans le pays d'accueil, que les difficultés linguistiques, par exemple, peuvent compliquer ;
- lorsqu'il se conjugue avec un faible niveau de formation, il peut conduire à occuper les métiers ne nécessitant que peu de qualifications et/ou au travail à temps partiel, comme ceux du care, dont nous avons mentionné plus haut qu'ils sont aussi ceux les plus exposés au burn out ;
- la précarité économique, liée aux deux facteurs précédents, qui peut être accentuée par l'obligation, pour les femmes, d'occuper un emploi pour accroître les revenus du foyer, alors que la répartition sexuée du travail domestique dans leur communauté d'origine leur est peut-être déjà défavorable.

Cette lecture socioéconomique des interactions appartenance ethnique / burn out nous semble souligner le rôle du statut (d'étranger, de personne de couleur, de nouveau migrant, etc.) plutôt que celui de l'appartenance ethnique elle-même dans la susceptibilité au burn out. Sous cet angle, ces statuts ont tous en commun d'être tous des facteurs aggravants. L'appartenance ethnique du sujet peut également déterminer sa santé psychosociale sous un angle intersubjectif.

► Approche sociorelationnelle

L'appartenance à un groupe ethnoculturel différent de celui du résident et de sa famille peut interférer avec la santé psychologique du soignant à divers titres.

L'un des facteurs les plus évidents est l'exposition à des violences verbales de nature raciste, qui peuvent témoigner de résurgences colonialistes parfois anciennes, aux États-Unis [Abrahamson

et al., 2011] ou en France [Gernet et Chekroun, 2008], insultes que le rôle professionnel des soignants les oblige à ignorer [Dodson et Zincavage, 2007]. Une étude allemande n'a enregistré aucune remarque raciste de la part des résidents (voir tableau 1.4) [Schablon et al., 2012], mais ne fournit aucune donnée quant aux éventuels comportements racistes au sein de l'équipe ou de l'organisation.

Par ailleurs, une identité ethnique moins marquée était associée avec une plus grande susceptibilité au burn out [Mackenzie et Peragine, 2003], ce qui tend à corroborer le rôle protecteur du soutien social, ici extraprofessionnel.

L'appartenance à des groupes ethnoculturels distincts peut induire des décalages entre les attentes respectives des résidents, de leur famille et des soignants en matière de soins. Or, les conflits avec les familles croissent quand les attentes liées aux soins divergent [Abrahamson, Suitor et Pillemer, 2009]. Une étude américaine a montré que les conflits soignants/familles surviennent quand les familles pensent que les soignants ne remplissent pas leur conception du soin, ou quand les familles n'interagissent pas avec le résident comme les soignants attendent qu'elles le fassent. En l'espèce, l'appartenance ethnique ne prédisait pas directement l'exposition aux conflits avec les familles ; mais elle altérait la similitude entre les attentes relatives au soin, qui induisait elle-même un vécu de malmenage mutuel chez les familles et les soignants, source de conflits [Abrahamson et al., 2011].

Bien que nous ayons exclu cette population de notre périmètre de recherche, deux études menées chez les aidants naturels nous semblent éclairantes à cet égard. Friedemann distingue dans toute culture un pôle conservateur, chargé de préserver la stabilité par la transmission intergénérationnelle de valeurs et de traditions (comme le sens des obligations, l'attachement envers les parents âgés, ou la quantité et la nature des tâches attendues des aidants) et un pôle transformateur, chargé de changer ces traditions via l'adaptation des valeurs, des croyances et des comportements subséquents (perception du partage sexué des tâches liées au soin et à l'aide à l'intérieur de la famille, disposition à accepter de l'aide d'un tiers professionnel, spiritualité, etc.) — pôles apparemment antonymes que les individus et les familles s'efforcent d'articuler pour maximiser leur bien-être et leur santé. Elle postule que la sensation de fardeau (qui est conceptuellement proche du burn out) apparaît quand le travail actuel de l'aidant excède le rôle culturellement défini et normé [Friedemann et al., 2013]. Notons qu'au sein du pôle

transformateur, la spiritualité (que nous avons déjà évoquée lors de la confrontation au décès d'un patient) joue un rôle d'ajustement aux situations difficiles, notamment chez les familles afro-américaines et hispaniques [Morano et King, 2005 ; Karlin, Eguigure et Torres, 2009].

Les variations interethniques et raciales n'interviendraient toutefois que liées à divers paramètres covariables : facteurs prédisposants (âge et niveau d'éducation de l'aidant), facteurs favorisants (soutien émotionnel, perception de la contribution familiale, propension à recourir aux services de santé), et besoins réels (perte d'autonomie de la personne aidée). L'interaction la plus marquée de l'ethnicité semble porter sur le comportement familial perçu, et notamment les normes culturelles régissant la solidarité et la cohésion intrafamiliales (et le respect de ces normes), qui rendent plus difficile la recherche d'une aide extérieure [Scharlach et al., 2008]. Ces développements permettent d'éclairer les tensions entre les résidents, les familles et les soignants en situation de diversité culturelle, mais nous rappelons qu'ils procèdent d'études menées auprès d'aidants naturels, et que l'extrapolation aidant → soignant ne peut être envisagée qu'avec circonspection...

Enfin, la dépersonnalisation a à deux reprises été corrélée à l'appartenance ethnique, dans des publications émanant de la même équipe américaine et s'intéressant au processus de deuil des soignants après le décès d'un résident — mais avec des résultats divergents. Dans la première, la dépersonnalisation est liée au type caucasien, à l'étonnement des auteurs, qui émettent l'hypothèse de stratégies de coping plus efficaces ou d'une résilience plus grande de la part des soignants issus de minorités ethniques [Anderson, 2008]. Dans la seconde, c'est le type afro-américain qui émerge comme prédicteur de la dépersonnalisation. Les auteurs évoquent la possibilité que l'identification du soignant au résident soit en cause : la majorité des résidents étant caucasiens, les soignants de type afro-américain sont moins enclins à s'identifier à eux, et tendent donc davantage à évoluer sur un registre dépersonnalisant en cas de stress [Anderson et Ewen, 2011].

À l'issue de cet examen, l'« appartenance ethnoculturelle » nous semble intervenir, en matière de burn out, à deux titres :

- d'une part, en tant qu'élément du statut socioéconomique du sujet, elle peut constituer un facteur de risque supplémentaire lorsque celui-ci appartient à un groupe considéré comme minoritaire à un titre ou un autre ;

- d'autre part, d'un point de vue anthropologique, elle détermine la culture et les différentes strates de l'identité du sujet et médiatise, sous l'angle à la fois cognitif et conatif, son appréhension de la réalité et les stratégies et comportements adaptatifs qui en découlent, qui correspondent partiellement à la personnalité, à laquelle nous voudrions consacrer la section suivante.

2.3.2. Déterminants liés à la personnalité

Les facteurs liés à la personnalité font l'objet, dans la littérature générale consacrée au burn out, d'une production relativement abondante, que l'on ne retrouve paradoxalement pas dans la bibliographie spécifique à l'alzheimerologie.

Nous n'avons pu identifier que deux articles adoptant cet angle d'étude, et utilisant d'ailleurs le modèle dit des « Big Five ». Ce modèle comporte cinq familles de traits de personnalité, c'est-à-dire de façons d'agir, de penser ou de ressentir qu'un individu donné manifeste de façon stable, chacune de ces cinq dimensions constituant une sorte de continuum avant un pôle positif et un pôle négatif [Goldberg, 1990 ; McCrae et Costa, 1999]. Nous reprenons ici la synthèse qu'en a opérée D. Truchot [Truchot, 2004, p. 175] :

- l'*extraversion* évalue la quantité et l'intensité des interactions, le niveau d'activité, le besoin de stimulation et la capacité de se réjouir des choses. Ce facteur oppose par exemple les traits sociable, actif, optimiste, etc. aux traits réservé, calme, retiré ;
- l'*agréabilité* résume ce que les individus font avec les autres, la qualité de leurs relations interpersonnelles. Ce facteur inclut d'un côté des traits comme « bonne nature », « digne de confiance », « serviable », de l'autre, des traits comme « cynique », « suspicieux », « non coopérant ». Il est associé à des émotions positives et sans doute au soutien social reçu ;
- la *conscienciosité* évalue le degré d'organisation, de persistance et de motivation dans les comportements dirigés vers un but. Il est associé à l'adoption de règles d'hygiène et de prévention conduisant à des modes de vie plus sains, et oppose des individus sûrs d'eux, organisés, scrupuleux, ambitieux, à ceux plus hésitants, paresseux, négligents, etc. ;
- le *névrosisme* reflète le degré de stabilité émotionnelle, entre l'ajustement et un ensemble de sentiments négatifs (anxiété, tristesse, tension nerveuse) qui reflètent l'instabilité

émotionnelle. Il identifie les sujets enclins à la détresse psychologique, aux idées irréalistes, aux désirs excessifs et urgents, et aux modalités de coping mal adaptées ;

- enfin, l'*ouverture aux expériences* évalue la recherche proactive et la valorisation des expériences pour elles-mêmes, la tolérance et l'appétence pour la nouveauté. Elle oppose des traits tels que curieux, créatif, imaginatif, à d'autres comme conventionnel ou peu artiste.

Le Big Five a généreusement été utilisé dans la recherche sur le burn out. Chez les soignants en alzheimerologie, chacune des trois dimensions du burn out a été explorée à travers ce prisme :

- l'épuisement émotionnel a été négativement lié à l'agréabilité ($-0,467$, $p < 0,001$) [Gandoy-Crego et al., 2009] ;
- la dépersonnalisation était corrélée au névrosisme [Narumoto et al., 2008] ;
- la réduction de l'accomplissement professionnel était corrélée à la conscienciosité ($+0,414$, $p < 0,001$) et au névrosisme ($-0,442$, $p < 0,01$) [Gandoy-Crego et al., 2009].

L'on notera curieusement que s'ils établissent des liens entre les dimensions des Big Five et celle du burn out, ces deux articles ne concordent pas avec la littérature générale, où le névrosisme est un prédicteur constant de l'épuisement émotionnel (voire des deux autres dimensions), en tant qu'associé à l'expérience fréquente et intense des états émotionnels négatifs, tandis que l'agréabilité prédit la dépersonnalisation [Truchot, 2004, p. 177, pour une synthèse].

Quoi qu'il en soit, les deux études recensées nous semblent au final suggérer que les Big Five influent, comme l'appartenance ethnoculturelle, sur le burn out à travers les modalités de perception de la réalité et de coping du sujet.

L'étude de l'implication des déterminants individuels dans l'exhaustogénèse ne permet donc pas de mettre en évidence un rôle consensuel au sexe, à l'âge, à l'ancienneté, à l'appartenance ethnique. L'influence de la personnalité, du moins appréhendée grâce au modèle des Big Five, fournit des résultats plus fermes, bien qu'étonnants au regard de la littérature s'intéressant aux autres secteurs économiques. Quant au critère de la profession, il fournit deux certitudes : d'une part, les soignants œuvrant au plus près du patient ou du résident sont les plus exposés au burn out ; d'autre part, les autres professions sont très peu étudiées, voire pas du tout.

Conclusion

Nous avons assigné à cette revue de la littérature deux objectifs.

Le premier, qui a fait l'objet de la section 1 du présent chapitre, visait à préciser l'épidémiologie du burn out chez les soignants des filières de prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ce qui nous a préalablement conduits à délimiter les approches conceptuelles et psychométriques les plus usuelles. Cette étape a permis de dégager deux idées-forces :

- d'une part, l'approche maslachienne s'impose du point de vue tant conceptuel que psychométrique, et permettra de situer les résultats quantitatifs auxquels nous parviendront par rapport à la littérature internationale ;
- d'autre part, la disparité des données relatives à la prévalence du burn out impose à notre sens d'intégrer à notre recherche un volet quantitatif robuste qui contribuera, malgré ses propres biais probables, à enrichir la connaissance sur le phénomène burn out, avant toute phase analytique ou exploratoire.

Le second objectif, déroulé tout au long de la section 2, consistait à identifier les principaux déterminants socioéconomiques, organisationnels et individuels de l'exhaustogénèse dans cette filière de soin. À l'exception des professions œuvrant à proximité immédiate du résident/patient (infirmières et aides-soignantes), la littérature peine toutefois à mettre en évidence un impact univoque de ces divers déterminants.

Néanmoins, une lecture plus fine ou ponctuelle de certains déterminants esquisse un possible fil d'Ariane, conduisant à s'interroger sur le lien entre le burn out et l'identité — ou plutôt, les identités — du soignant. Considérant en effet :

- que les approches sexuée et ethnique ont souligné le rôle de l'identification du soignant dans l'apparition de la dépersonnalisation ;
- que la quasi-totalité des déterminants organisationnels pointent des identités professionnelles mises à mal, ou du moins questionnées, à divers titres ;
- que les relations intersubjectives ou l'appartenance ethnique soulèvent la question des différents statuts (social, socioéconomique, professionnel, etc.) du soignant dans l'exercice de ses missions ;
- que la souffrance éthique montre un ébranlement de l'identité non seulement professionnelle, mais parfois aussi individuelle ;

- enfin, que les palliatifs spontanément mis en œuvre par les soignants eux-mêmes (mentorat informel, partage d'informations ou d'expériences, etc.) relèvent tous de tentatives de renforcement identitaire,

nous formulons l'hypothèse suivante : **le burn out est un processus de perturbation ou de trouble de l'identité, notamment professionnelle, du sujet.**

Dans le même temps, la présence conjointe de termes tels que « statut » et « identification » appelle à considérer l'identité sous deux angles complémentaires :

- d'une part, psychologique, voire psychanalytique, où l'identité est définie comme un précipité d'identifications successives passées ou actuelles, partielles ou totales, plus ou moins conflictuelles au plan intrapsychique, à des autrui extérieurs, ce qui permet d'y voir un processus dynamique sans fin, revêtant une dimension dialectique puisqu'il permet simultanément de créer les conditions de son appartenance au groupe et celles de la différenciation ;
- d'autre part, sociologique, où l'individu est désigné par un ensemble d'attributs sociaux et juridiques qui lui assignent une place dans l'ordre généalogique et dans l'ordre social, qui permet de le situer par rapport aux autres. Chaque individu est naturellement enclin à « se dégager de ses assignations identitaires lorsqu'elles sont invalidantes, ou au contraire à les valoriser, lorsqu'elles lui sont favorables » [de Gaulejac, 2013].

À l'aide du double plan d'étude, à la fois quantitatif et qualitatif, que nous avons adopté, il s'agit dès lors de cerner, par deux démarches complémentaires, comment les événements de la vie organisationnelle et les troubles du comportement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer viennent interférer avec les différentes facettes de l'identité du soignant pour l'engager dans le processus de burn out. Ces deux aspects pourront sembler dans un premier temps très distants, et il nous appartiendra d'essayer de les rapprocher en une explication cohérente.

Plusieurs **hypothèses de recherche** nous guideront tout au long de cette recherche. Nous postulons, à titre d'hypothèse de travail préalable, que le bien-être au travail ou la qualité de vie au travail résulte de l'équilibre de divers mécanismes identificatoires constitutifs de l'identité professionnelle du soignant : identifications entre le soignant et soigné, entre le soignant et l'institution, entre le soignant et les familles, etc — identifications qui, en situation normale, s'équilibrent. Le burn out procéderait d'une rupture de cet équilibre perçu par le soignant :

- d'une part, par les « agressions » subies de la part des résidents ou des familles (conflits), qui perturbent l'équilibre des identifications soignant / soigné et soignant / famille ;
- d'autre part, certains facteurs organisationnels viennent mettre à mal l'identité professionnelle des soignants en déséquilibrant les identifications entre les soignants ou entre le soignant et l'institution,

la conjonction des deux mécanismes perturbant l'équilibre entre le soignant et l'image qu'il se fait de lui-même, donc son identité, d'abord professionnelle, puis personnelle.

Cette piste identitaire permettrait par exemple de tenter d'éclairer pourquoi le burn out est un phénomène socialement contagieux et dont la médiatisation contribue à l'autoentretien car « plus les professionnels des services à la personne ont connaissance des résultats de la recherche sur le burnout, plus ils ont tendance à considérer le burnout comme conséquence peut-être inéluctable de leur propre travail » [Kristensen, Borritz et al., 2005], puisqu'il finit par offrir aux soignants non atteints une nouvelle catégorie identitaire : celle du soignant en souffrance, dans laquelle il peut être socialement plus confortable (et même, conformiste) de se glisser pour continuer à assumer son identité de soignant. Ainsi conçu, le burn out constitue une paradoxale solution de continuité identitaire.

La démarche méthodologique nécessaire à l'exploration de ces hypothèses sera nécessairement mixte, puisqu'articulant deux plans d'analyse, et deux volets de recherche (l'un quantitatif, l'autre qualitatif). C'est à la présentation de l'ensemble de notre démarche méthodologique qu'est consacré le chapitre 2, qui suit.

Chapitre 2

Démarche épistémologique et méthodologique

Notre recherche s'est donné pour ambition d'explorer l'impact de la maladie d'Alzheimer du résident sur le burn out soignant. Nous avons proposé deux traductions de cette question :

- sous un angle organisationnel, elle s'intéresse à l'exhaustogénicité des institutions et des modalités de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- sous un angle intersubjectif, elle s'intéresse aux répercussions des « agressions » subies par le soignant, qu'elles soient liées aux troubles du comportement ou aux tensions avec les familles.

Pour répondre sur les deux versants, nous avons avancé l'hypothèse que les événements de la vie organisationnelle et les vécus d'agression puissent interférer avec les différentes facettes de l'identité du soignant pour l'engager dans le processus de burn out.

Cette hypothèse permet dans un premier temps d'affiner le champ disciplinaire dans lequel nous entendons nous situer. La fin de notre chapitre 1 avait en effet laconiquement mobilisé la sociologie et la psychologie pour cerner le concept d'identité. En ce qui concerne le burn out, nous avons également rappelé que ses déterminants socioéconomiques ressortissent à la sociologie ou à la philosophie politique ; les déterminants organisationnels relèvent pour une partie des sciences de gestion, pour une autre de la psychologie (notamment sociale) — discipline à laquelle les déterminants individuels appartiennent également. Au final, une discipline nous semble la plus apte à rendre compte de la pluralité des concepts que nous entendons mobiliser : la psychosociologie, que son objet même place au carrefour de toutes les sciences humaines et sociales. Il nous sera ainsi loisible de solliciter si nécessaire les ressources offertes par la psychologie, la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, les études de genre, les sciences des organisations, etc. au gré des besoins de notre démonstration.

Notre inscription disciplinaire une fois posée, il importe de préciser comment nous entendons préserver la « loi de gravité » entre ces deux pôles d'étude, c'est-à-dire comment nous les articulons pour les faire tenir ensemble. Notre posture épistémologique revêt ici une importance majeure ; c'est pourquoi la section 1 sera intégralement consacrée à son explicitation. Les deux plans d'analyse que nous avons retenus induisent en effet, répétons-le, une démarche de recherche composite, articulant deux volets :

- le volet quantitatif (section 2) doit permettre de déterminer la prévalence du burn out et d'estimer le poids de diverses caractéristiques organisationnelles ou individuelles dans la prédiction du burn out ;
- le volet qualitatif explore la fatigue ressentie lors du travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ses représentations (section 3).

Logiquement, le rapprochement de ces deux volets doit donc conduire à valider, invalider ou affiner le modèle des équilibres identificatoires que nous avons suggéré.

1. Posture épistémologique

En tant que réaction à un stress chronique, le burn out est généralement conceptualisé dans la filiation du stress. Même si la psychologie positive a conduit à refonder les approches de la santé au travail, nous voudrions ici montrer qu'elle ne suffit pas à appréhender la totalité du phénomène.

Nous postulons en effet que le burn out procède non d'une réaction passive, mais — à partir d'éléments tangibles qu'il ne saurait être question de nier — d'un « détournement », d'une réutilisation de la réalité, dont les acteurs se saisissent pour dire quelque chose de leur identité et de leur vécu. Le burn out devient donc message, adressé à une pluralité de destinataires. C'est au besoin de cohérence du message face à cette diversité de publics, tout autant qu'au substrat initial, nécessairement ancré dans le concret, que le burn out doit le polymorphisme de ses symptômes.

Pour étayer ce postulat, nous montrerons dans un premier temps pourquoi les approches héritées du stress se révèlent insuffisantes à nos yeux (1.1.). La sociologie et les théories des souffrances

sociales qu'elle a pu développer ou inspirer permettent d'appréhender le phénomène sous un angle plus large, mais présentent elles aussi des lacunes (1.2.). Au final, nous proposerons donc notre propre voie pour tenter de contourner ce que nous tenons pour une double impasse opérationnelle.

1.1. Le burn out, héritier des théories du stress

Le concept de burn out est directement issu de celui de stress, et c'est dans cette filiation que la littérature psychologique le présente ordinairement (1.1.1.). Les perspectives alternatives, qui envisagent plutôt le processus de construction ou de préservation de la santé au travail, pallient certaines de leurs faiblesses, sans répondre à toutes les attentes (1.1.2.).

1.1.1. Les approches individuelles classiques : le stress et le burn out comme quasi-maladies

Les approches centrées sur l'individu forment le creuset historique des études sur le stress, mouvement initié par les approches physiologiques des années 1930. Cannon définit l'homéostasie comme un processus de rétablissement perpétuel des équilibres physiologiques, mis à mal par diverses causes appelées « *stress* », et dont les états de déséquilibre sont dénommés « *strain* » [Cannon, 1935]. Selye propose en 1936 son modèle du syndrome général d'adaptation, dans lequel il identifie trois phases : une phase d'alarme, une phase de résistance ou d'adaptation, et une phase d'épuisement, chacune marquées par des spécificités biophysiques et des réactions émotionnelles distinctes [Selye, 1936]. En contexte professionnel, on a pu proposer quatre familles de stressors, respectivement liées à la tâche elle-même (charge de travail, conditions de travail, durée de travail...), aux relations interpersonnelles (conflits de rôle, ambiguïté de rôle...), à la dynamique de la carrière (perspectives de promotion, mobilité, sécurité de l'emploi...) et à l'équilibre entre vie professionnelle et sphère familiale [Bruchon-Schweitzer et al., 1997].

Ce modèle somme toute assez fruste, puisque fondé sur un mécanisme général de type stimulus/réponse, a donné naissance à deux familles de modèles alternatives.

L'approche interactionniste vise à intégrer l'influence des caractéristiques de l'individu dans la réponse au stress. Deux modèles sont emblématiques de cette approche, et fondent d'ailleurs les politiques de santé au travail dans tous les pays de l'Union européenne :

- dans le modèle exigences / contrôle de Karasek (*job demand/control*), la santé physique et psychique du travailleur est déterminée par l'interaction entre les exigences psychologiques nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (complexité, urgence, ambiguïté de rôles, etc.) et le degré de contrôle qu'il exerce sur son activité (latitude décisionnelle). Une tension (*job strain*) apparaît lorsque des exigences élevées sont associées à un faible contrôle [Karasek, 1979] ;
- le modèle efforts/récompenses de Siegrist postule que l'effort ressenti par un individu est modéré par les contreparties à en attendre, et notamment par la valeur que l'individu leur attribue. Les besoins essentiels de l'individu (estime de soi, sentiment d'autoefficacité, etc.) sont renforcés par l'organisation pour laquelle il travaille à un triple niveau : l'argent, l'estime (respect, justice procédurale) et les opportunités de carrière. Un déséquilibre entre efforts perçus et récompenses attendues est ainsi générateur de tension psychique [Siegrist, 1996].

Tous les modèles du burn out qui ont pu être proposés (Maslach, Lauderdale, Pines et Aronson, Farber, Gil-Monte, etc.) [Zawieja et Guarnieri, 2013] sont généralement considérés comme relevant de l'interactionnisme.

L'approche transactionnelle vient raffiner l'interactionnisme en intégrant les nuances interindividuelles dans le vécu de stress. Elle est essentiellement portée par le modèle proposé par Lazarus et Folkman, qui met l'accent sur la double évaluation subjective (*appraisal*) à laquelle l'individu procède (évaluation primaire, associant détection du problème et estimation de ses enjeux, puis évaluation secondaire, appréhendant le contrôle sur la situation et le soutien social disponible), puis sur les processus émotionnels et cognitifs mis en œuvre pour définir les stratégies de réponse (*coping*). Une boucle de rétroaction relie le coping et l'évaluation secondaire : une stratégie perçue comme efficace diminue le ressenti de stress, et inversement [Lazarus et Folkman, 1984].

Ces trois types de modèles (stimulus/réponse, interactionnels et transactionnels) nous semblent avoir en commun de confiner le sujet dans une position passive face à la situation de stress, face

à laquelle il ne se fait que réagir. Considérant que leur objet est finalement d'expliquer la dégradation vers un état « pathologique » — ici, la *souffrance* au travail —, une seconde typologie des théories du stress les qualifie d'approches « pathogéniques », par opposition aux démarches salutogéniques, qui se concentrent sur la façon dont les travailleurs s'approprient leur environnement de travail pour protéger ou construire leur santé et leur bien-être [Neveu, 2012].

1.1.2. La théorie de la préservation des ressources : intérêt et limite d'une perspective salutogénique

Adoptant cette perspective salutogénique, la théorie de la préservation des ressources proposée par Hobfoll [Hobfoll, 1999 ; Hobfoll et Freddy, 1993] apparaît comme une double alternative, dans la mesure où elle permet de surcroît d'intégrer les modèles antérieurs. Hobfoll postule que les individus cherchent en permanence à conserver, à protéger et à développer des ressources, et qu'ils évaluent chaque situation en fonction du risque de perte ou de la perte réelle de ces ressources. Le concept de ressources est ici très large, puisqu'il englobe des ressources matérielles (conditions de travail, avantages en nature, statut...), des ressources interpersonnelles (soutien social, réseau familial, cercle amical...), des ressources personnelles (spécificités concourant à l'identité du sujet : estime de soi, reconnaissance, croyances...) et des ressources énergétiques (permettant d'acquérir d'autres ressources : rémunération, temps, compétences...).

L'un des principaux attraits de la théorie de Hobfoll consiste à renverser la dynamique du burn out, marqué par l'épuisement des ressources et la frustration des attentes, pour entrer dans une dynamique de construction de la santé au travail, à partir de l'identification et de la recherche des ressources mobilisables [Neveu, 2012]. Son principal intérêt consiste à nos yeux à redonner au sujet son statut d'*acteur* de la situation. Mais la pertinence manifeste de cette théorie dissimule à notre sens quelques présupposés tacites, qu'il convient d'interroger précisément parce que ces conditions ne nous semblent pas automatiquement remplies :

- un certain degré de *conscience* de la situation, qui ne peut par exemple être atteint qu'une fois franchi un seuil — variable — de malaise, de mal-être ou de douleur psychologique ;
- un certain degré de maîtrise de la situation, c'est-à-dire la perception par le sujet de « portes de sortie » réelles ou supposées, vers lesquelles il suffit au sujet de s'acheminer, quitte à n'y parvenir qu'à l'issue d'un cheminement plus ou moins long ou laborieux. Or, les sentiments

d'impuissance, de désespoir ou d'accablement, assez constants dans le burn out, peuvent ponctuellement venir contrarier cette condition de maîtrise ;

- l'envie qu'a le sujet d'« en sortir », c'est-à-dire de mettre fin au mal-être. L'existence de pulsions masochiques dans toute personnalité, aussi « structurée » paraisse-t-elle, peut conduire le sujet à *trouver intérêt* à une situation de mal-être, qu'il peut donc être tenté de faire durer ;
- enfin, les conditions de conscience, de maîtrise et d'envie seraient-elles remplies, un mécanisme de rationalisation *post hoc* peut conduire le sujet à chercher des justifications à la situation, pour continuer à pouvoir l'endurer.

Les approches du burn out directement issues des théories du stress ne nous semblent donc pas en mesure de rendre compte de l'intégralité du processus ou des situations ou cas de burn out : les approches interactionnistes et pathogéniques, qui englobent les principaux modèles du burn out, exagèrent trop à nos yeux la passivité du sujet et contribuent à le cantonner à une position victimaire. À l'opposé, les approches salutogéniques pécheraient plutôt par excès d'optimisme en ne concernant que les situations les moins inextricables, dans lesquelles le sujet, en tant que responsable de lui-même, dispose de marges d'autonomie et d'espaces d'action, négligeant le poids des déterminismes d'un ordre supérieur aux niveaux individuel ou péri-individuels. Partant d'un point de vue radicalement opposé à ces approches individuelles, la sociologie propose précisément, de son côté, des lectures collectives du burn out et du stress, conçus comme des expressions particulières de la souffrance au travail, elle-même analysée dans le cadre plus général des souffrances sociales.

1.2. La souffrance au travail, modalité de la souffrance sociale

L'intégration du burn out dans la famille des risques psychosociaux permet à l'« école française » de proposer des approches globalisantes et originales, ayant en commun de souligner la déliquescence des collectifs de travail. Avant de nous intéresser à ces approches (1.2.2.), il nous semble utile de remonter au courant philosophique et sociologique les ayant partiellement alimentées : la Théorie critique portée par l'École de Francfort (1.2.1.).

1.2.1. Souffrances et pathologies sociales : l'apport de la Théorie critique

L'École de Francfort est un courant intellectuel hétérogène ayant émergé au début des années 1920. Partant d'une récusation de la théorie de l'identité du sujet et de l'objet dans la philosophie idéaliste allemande de Kant à Hegel, son projet est de produire une théorie interdisciplinaire des tendances contradictoires de la société, assumant son intérêt pour l'émancipation, et capable de critiquer des formes de théories partielles et partiales tout en incorporant leur part de vérité. En généralisant ces traits théoriques du marxisme mais en refusant radicalement ses formes appauvries, officielles et politisées, l'École de Francfort s'est fait fort d'en ouvrir le corpus à d'autres concepts, puisés entre autres dans les sociologies de Weber, Durkheim, Simmel ou Parsons, et dans la psychanalyse de Freud, mais aussi dans le pragmatisme américain ou dans le néostructuralisme [Durand-Gasselin, 2012, p. 453]. Outre ce projet, qui fonde sa « philosophie sociale » (conçue comme un modèle de réflexion cherchant à expliciter les critères d'une « vie bonne »), l'École de Francfort se dote d'une méthode : la Théorie critique qui, dans un premier temps oppositionnelle (c'est-à-dire, avec Horkheimer, chargée d'intensifier les luttes avec lesquelles elle est liée, et destinée à transformer radicalement la société), se modernise avec Habermas pour permettre une meilleure articulation avec la *praxis* sociopolitique et hisse l'autoréflexion, la réflexivité au premier rang de ses outils herméneutiques [Assoun, 2012, p. 50-53].

Le travail occupe dès ses débuts une place privilégiée dans la Théorie critique, en tant que condition fondamentale de la reproduction et de l'autoconstitution possibles de l'espèce humaine. Il est au cœur de la réflexion de certains représentants actuels parmi les plus en vue de la Théorie critique : Axel Honneth et sa théorie de la reconnaissance, sur lequel nous nous concentrerons ici, et Hartmut Rosa, dont nous avons déjà explicité l'analyse de l'accélération.

Reprenant à Habermas la centralité de la normativité des interactions communicationnelles, et s'inspirant des travaux de Hegel antérieurs à 1806, Honneth élargit la sphère communicationnelle aux luttes et conflits de tous ordres par lesquels les individus cherchent à être reconnus par d'autres — sphère dans laquelle il réintroduit par ailleurs le travail, dont Habermas l'avait exclu. Honneth postule que les motifs de résistance et de révolte sociale ont toujours pour origine un non-respect d'attentes de reconnaissance profondément ancrée, liées aux conditions de formation de l'identité personnelle. De telles situations signent l'injustice, le

mépris ou le déni de reconnaissance, dans la mesure où la reconnaissance positive (i.e. la justice) survient lorsque les manifestations de reconnaissance (lois, salaires, etc.) sont conformes aux attentes formulées par les acteurs sociaux. Honneth distingue trois sphères — et partant, trois formes — de reconnaissance (tableau 2.1) :

- l'amour ou la sollicitude, englobant l'ensemble des liens affectifs puissants entre un nombre restreint de personnes. Ce socle de sécurité émotionnelle permet un rapport positif à soi : la confiance en soi, dans la mesure où le sujet tire de l'affection qu'autrui lui porte l'acceptation de son autonomie ;
- le droit, qui institue une sphère de reconnaissance à prétention universelle. Suivant en ce sens Kant, il s'agit d'octroyer un respect absolu (*Achtung*) à la personne en tant que telle, indépendant des positions et valeurs sociales. Cette forme de reconnaissance garantit l'accès à un ensemble de droits fondamentaux civils, politiques et sociaux. « C'est en ce sens la légitimité ou la respectabilité d'un mode de vie ou d'un choix (sexuel, religieux, politique, culturel, etc.) que sanctionne la reconnaissance juridique » (Guéguen et Malochet, 2012, p. 53) ;
- enfin, la solidarité, qui intéresse en premier chef la sphère du travail, permet au sujet de voir reconnues l'utilité et la valeur de son activité. Le rapport positif à soi correspondant est ici l'estime de soi, puisqu'ici sont jugées intersubjectivement les capacités et les prestations du sujet, « en fonction de leur aptitude à concrétiser les valeurs culturellement définies de la collectivité » [Honneth, 1992, p. 149].

Formes de reconnaissance	Relations primaires (amour)	Relations juridiques (droit)	Communauté de valeurs (solidarité sociale)
Niveau de reconnaissance	infrasocial, infrapolitique	politique, moral	social
Dimension personnelle	affects et besoins	responsabilité morale	capacités et qualités
Rapport positif à soi	confiance en soi	respect de soi	estime de soi considération, dignité, prestige social, honneur
Expériences de mépris ou de déni	violence physique ou morale identités lésées, mort psychique	exclusion privation de droits mort sociale	humiliation offense blessure mortification

Tableau 2.1 • Les formes de la reconnaissance chez Honneth [d'après Guéguen et Malochet, 2012, p. 50].

Honneth considère « que l'horizon normatif des sociétés modernes est marqué par l'idée qu'il appartient à chacun de se voir conférer une valeur en tant qu'être de besoins, en tant que sujet autonome doté des mêmes droits que ses semblables, et en tant que sujet capable d'accomplir un certain nombre de choses, ce qui correspond aux différentes formes de l'attitude de reconnaissance » décrites ci-dessus [Honneth, 2008, p. 262]. Cet horizon normatif résulte d'idéologies de la reconnaissance qui « ne permettent de susciter chez l'individu un rapport à soi qui le dispose à accepter de plein gré certaines tâches et à rendre certains services que si elles s'accompagnent d'énoncés de valeurs à la fois positifs, crédibles et différenciés » [Honneth, 2008, p. 271]. Or, la reconnaissance doit s'accompagner d'actions confirmées par des attitudes correspondantes : un acte de reconnaissance reste en quelque sorte incomplet tant qu'il ne débouche pas sur des comportements manifestant effectivement la valeur qu'il exprime » [Honneth, 2008, p. 271]. En d'autres termes, la reconnaissance s'articule au moins autant autour d'une composante évaluative que d'une composante matérielle, qui peut consister en des modes de comportement ou en des dispositions institutionnelles approprié(e)s. Faute de cette matérialité, l'idéologie de la reconnaissance perd sa crédibilité pour demeurer au stade symbolique, plongeant nécessairement le sujet dans des conflits de rationalité dont la symptomatologie peut être polymorphe — mais en affectant toujours son identité.

Cet impact sur l'identité nous semble légitimer la prise en compte de la Théorie critique dans l'exploration de nos propres hypothèses — et subséquemment, celle des courants de pensée qui s'en inspirent et occupent une place de premier plan dans la littérature de langue française. C'est à ces courants que le paragraphe suivant est consacré.

1.2.2. L'école française : une pensée originale et féconde, des fondements idéologiques problématiques

Ce que nous dénommons par commodité « école française » ne constitue pas à proprement parler un courant homogène, mais fédère des travaux inspirés de la Théorie critique, se nourrissant réciproquement tout en conservant une certaine distance mutuelle. Il s'agit d'une part de l'analyse de la souffrance sociale que propose Emmanuel Renault, d'autre part de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité qui, bien que dérivant de perspectives disciplinaires et théoriques différentes, finissent par converger.

1.2.2.1. Les souffrances sociales chez E. Renault

Considérant que faute d'un mode de conceptualisation cohérent voire unifié, les discours sur la souffrance sociale sont condamnés à demeurer aussi modestes sur la plan théorique que limités sur le plan politique, Emmanuel Renault tente d'intégrer la problématique de la souffrance sociale dans un modèle plus global de critique sociale. Il propose de distinguer trois niveaux de souffrance sociale : à la souffrance physique (attachée au moi corporel) répond la souffrance psychologique, elle-même scindée entre souffrance psychique (affectant le moi psychique) et souffrance psychosociale (affectant le moi social). Cette dernière est elle-même subdivisée entre souffrance éthique et souffrance morale (tableau 2.2) [Renault, 2008, p. 310].

SOUFFRANCE			
<i>souffrance physique</i> (moi corporel)	<i>souffrance psychologique</i>		
	<i>souffrance psychique</i> conflits ça/moi, ça/surmoi, principe de plaisir / de réalité angoisse, vulnérabilité, trauma, perte d'objet	<i>souffrance psychosociale</i> confrontation à des situations sociales contraires aux représentations, valeurs et habitudes du sujet : stigmatisation, honte, reconnaissance	
		<i>souffrance éthique</i> (vie bonne) invisibilisation, humiliation, déclassement mépris social	<i>souffrance morale</i> (vie juste) injustice, indignité, immoralité, perversion, sale boulot

Tableau 2.2 • Typologie de la souffrance chez E. Renault.

L'approche de Renault met en avant l'atteinte à l'identité dans la souffrance psychologique : cette atteinte est patente dans la souffrance psychique, qui relève de la psychanalyse la plus intime du sujet. De son côté, « l'approche psychosociale rend compte de différentes formes de souffrance pouvant résulter notamment du déchirement ou du vide identitaire et de l'emprisonnement dans des logiques sociales contraires aux identifications et aux évaluations fortes. C'est plus fondamentalement encore le rapport positif à soi, marque de l'identité non lésée et condition de la projection de soi dans l'horizon de l'autonomie et de la réalisation de soi (...) qui peut être remis en cause » [Renault, 2008, p. 314].

Le contexte social peut ici intervenir dans l'étiologie des facteurs structurels de la souffrance, mais aussi dans celle de ses facteurs sporadiques. Ainsi en va-t-il de la désaffiliation ou la domination, susceptibles d'intervenir sur les trois types de souffrance.

Enfin, le contexte social peut offrir au moi des moyens de lutter contre la souffrance aux différents stades de sa mutation en mettant à sa disposition [Renault, 2008, p. 327-330] :

- des instruments d'appropriation, permettant de l'amortir soit par sublimation, soit par valorisation (souffrance *normale*) ;
- des défenses de type psychonévrotique (dénî, isolement, répression, identification, refoulement, etc.), qui conduisent à un type d'adaptation psychique à la fois interne et instable, susceptible de décompensation (souffrance *pathogène*) ;
- ou des modes d'intégration sociale de la folie (souffrance *pathologique*) — l'ethnopsychiatrie a d'ailleurs abondamment illustré comment une société peut offrir des modes d'accès sociaux normalisés aux accès délirants (crises d'*amok*, par exemple), des fonctions spéciales aux troubles mentaux (par exemple, chamanisme) et des rites de réintégration sociale des psychotiques (cérémonies de désenvoûtement) [Devereux, 1971].

Par son approche en termes de normalité et de défenses psychonévrotiques, l'analyse de Renault, la plus fortement inspirée de la Théorie critique, opère la synthèse avec les conceptions des deux courants les plus médiatiques de l'école française : la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité.

1.2.2.2. Le burn out en psychodynamique du travail

Opérant un renversement de perspective dans la compréhension de la souffrance au travail, la psychodynamique du travail considère que l'énigme réside non dans la souffrance, mais dans la normalité, conçue comme un équilibre fondamentalement instable entre la souffrance et les défenses mises en place contre elle, à titre individuel ou collectif. La souffrance est ici définie comme cet état de lutte que vivent les travailleurs pour ne pas « tomber malades », pour « conjurer la folie, en dépit des contraintes délétères de l'organisation du travail » [Dejours, 1993, p. 209], constituant par conséquent un espace entre santé et maladie. Le travailleur est en effet soumis à des excitations endogènes ou exogènes engendrant une tension psychique inévitable, qui ne peut se décharger qu'en présence d'exutoires liés au travail ; en l'absence de

telles « soupapes », la souffrance s'installe. En d'autres termes, plus l'organisation du travail est rigide, moins le travailleur est en mesure de faire coïncider sa façon de faire son travail et ses capacités ou ses désirs, ouvrant la voie à la souffrance [Alderson, 2004]. La reconnaissance joue ici un rôle central, et est véhiculée à la fois par le collectif de travail et les règles de métier : l'épanouissement et le bien faire passent par l'exercice de la *métis*, cette intelligence rusée proche du bricolage, permettant d'expérimenter dans les interstices de liberté laissés par les contraintes de l'organisation, jusqu'à la création de « ficelles du métier » favorisant la reconnaissance par les pairs et la construction collective d'une « esthétique du travail ».

Le travail soignant justifie une déclinaison particulière de ce schéma général. L'absence de produit visible de l'activité de soin — comme toute activité de service, son efficacité même réside dans son invisibilité — rend difficile sa reconnaissance. La substitution de la gratitude des patients (ou des usagers ou clients) à la reconnaissance conférée par des jugements portant sur le travail peut dans certains cas conduire à de véritables « dénis de reconnaissance », face auxquels le surinvestissement de la relation aux patients peut devenir une modalité de défense individuelle spécifique. Ce type de conduite, qui a pu — à tort — laisser accroire que le burn out ne concerne que les individus exprimant des idéaux professionnels élevés, comme chez Freudenberger, vise à alimenter le narcissisme meurtri du soignant et est généralement le témoin de l'altération, voire de la disparition de la délibération collective sur le travail. En outre, l'engagement éperdu dans le travail représenterait une manière de ne pas penser le conflit de rationalité morale généré par les contradictions perçues entre organisation et gestionnarisation du travail et qualité du travail soignant [Dejours et Gernet, 2012, p. 92-96]. Cet engagement peut même prendre une allure paradoxale lorsqu'il se fait au plus près du corps du patient et de ses déjections : la lourdeur de telles situations suscite à la fois du dégoût et de la répulsion, et coexiste avec un engagement majeur dans l'action pour tenter de transformer la situation alors que l'aide-soignante ou l'ASH pourrait tenter de s'en extraire. L'élucidation de ce paradoxe tient à une reconstruction du sens du travail, désormais considéré comme un travail d'aide à la personne engageant la responsabilité du soignant face à la vulnérabilité du soigné. Cette réécriture permet de maintenir l'investissement dans le travail et d'établir un compromis singulier entre la réalité psychique et les contraintes du travail, ainsi que des modalités originales de coopération avec le bénéficiaire des soins [Doniol-Shaw, 2009].

1.2.2.3. Clinique de l'activité

Ce besoin de « se retrouver » dans son travail est également au cœur de la clinique de l'activité, approche d'inspiration ergonomique défendue par Yves Clot, qui lie la souffrance au travail à la qualité empêchée, c'est-à-dire à la difficulté éprouvée par le travailleur à se reconnaître dans le résultat de son travail (produit ou service). Plutôt qu'une prise en charge des individus, ce courant suggère de soigner le travail lui-même, notamment le contenu et les finalités de l'expérience de travail. Ici, la santé au travail est appréhendée non comme l'absence de maladie ou un état normalisé d'équilibre, mais comme la capacité à initier et produire de nouvelles normes de vie en s'adaptant aux évolutions de l'environnement. C'est dans l'aptitude à la métamorphose, le « pouvoir d'agir » et la mise en discussion du travail — dans laquelle on pourrait aisément déceler une influence de l'agir communicationnel de Habermas — que cette construction s'effectue [Clot, 1999 ; Clot, 2008 ; Clot, 2010].

1.2.2.4. Engagement et passivité : les limites des approches critiques

La Théorie critique et les théories approchantes nous semblent offrir un cadre analytique pertinent par leur pluridisciplinarité, mobilisant aussi bien la philosophie (néokantisme, hégélianisme de gauche), la sociologie de Marx, la psychologie sociale de Mead que la psychanalyse, au service de concepts novateurs et éclairants, explorant en profondeur les différents déterminismes de l'identité.

Dans le même temps, l'école française (C. Dejours, E. Renault...) semble avoir conservé une finalité historique plus radicale que celle dont la Théorie critique s'est dotée, modérée par Habermas sans être remise en cause par ses successeurs. L'analyse de Renault le conduit ainsi à développer une critique de la souffrance sociale, dénonçant « une part de l'injustice, des dominations et de la perte de valeur de l'existence induite par les dynamiques sociales profondes du néolibéralisme » [Renault, 2008, p. 403], tout en mettant à jour les « pathologies sociales de l'aliénation », dont celles ayant pour théâtre les nouvelles relations sociales de travail. Les courants français précités concluent plus ou moins ouvertement au besoin d'une critique sociale si forte, voire radicale (parfois inspirée du communisme politique), qu'elle nous semble en perdre toute potentialité opérationnelle dans la mesure où la remise en cause du mode de production capitaliste qu'elles proposent leur ôte toute recevabilité ou crédibilité idéologique aux

yeux des acteurs économiques. En matière de souffrance au travail, nous n'écarterons d'ailleurs pas l'hypothèse que ces implications politiques se révèlent finalement contre-productives en entretenant la frustration, voire le ressentiment des travailleurs, par l'illusion d'un autre possible, dont aucune condition ne semble remplie pour qu'il soit jamais atteint... Si nous recourons sans réserves majeures aux analyses de la Théorie critique allemande, c'est avec davantage de circonspection — et sans jamais adhérer à leur finalité politique — que nous puiserons, le cas échéant, dans les analyses de l'école française.

Par ailleurs, la Théorie critique et ses avatars ne donnent que trop discrètement à voir combien la fatigue et le burn out peuvent être un phénomène non pas subi passivement, mais transformé, fabriqué à partir d'éléments tangibles de la réalité, dont les acteurs se saisissent, pour dire quelque chose de leur identité et de leur vécu. En ce sens, nous rejoignons l'analyse constructiviste développée par Marc Loriol, qui a montré comment, dépassant le cadre d'une organisation et d'une situation de travail données, la fatigue résulte chez les professions soignantes d'une construction sociale, collectivement façonnée, articulant une rhétorique adressée aux milieux non soignants et un ensemble de vécus professionnels et individuels [Buscatto, Loriol et Weller, 2008]. La psychologisation des métiers soignants (c'est-à-dire le recours à la psychologie, étayant la dimension relationnelle du soin, en appui à sa dimension technique, qui repose elle sur des savoirs médicaux) conduit, dès la formation des futures recrues et par un mécanisme de reproduction sociale assez classique, à légitimer la lecture de la souffrance au travail au prisme du burn out [Loriol, 2003 ; Loriol, 2012].

La fatigue serait ici à la fois un éprouvé et un message, adressé à une pluralité de destinataires : soi-même, les pairs, l'employeur, les patients, les familles... Le burn out ne doit donc pas, selon nous, être envisagé comme un acte de critique sociale, mais comme demande de reconnaissance, dont la lecture requiert effectivement de recourir à deux corpus disciplinaires : la psychologie, et notamment la psychanalyse (où l'identité s'affirme comme la « matérialisation » du narcissisme) et la sociologie (où l'identité se révèle simultanément socialement déterminée et acte de communication). En ligne avec l'entreprise de création terminologique que nous avons signalée au début de notre Introduction, nous proposons de dénommer « exhaustopoïèse »⁹ ce processus

⁹ Du grec ancien ποίησις, « création ». Nous distinguons alors l'exhaustogénèse, simple processus d'émergence de la fatigue, de l'exhaustopoïèse, processus plus large de détournement aboutissant à la production d'un nouvel élément de l'identité.

intégratif de ressenti, d'appropriation, de détournement et de reconstruction de la fatigue, jusqu'à en faire un élément de l'identité, socialement adressé.

Reste à présenter le dispositif technique de recueil et d'analyse des données mis en œuvre pour explorer nos hypothèses. Compte tenu des deux plans d'étude sur lesquels nous évoluons (l'un organisationnel, l'autre intersubjectif), nous avons mis en place un dispositif dual, correspondant à une triple triangulation par les données, par les théories et par les méthodes [Denzin, 1978]. Cette triangulation nous a en effet semblé pertinente dans un but de confirmation mutuelle de nos résultats quantitatifs et qualitatifs, alors même que l'étayage théorique du burn out et de nos hypothèses est encore balbutiant. Cette méthodologie concourait également à une recherche d'exhaustivité, en permettant d'accroître la profondeur et la compréhension du phénomène, de reconnaître l'existence de réalités multiples ou de plusieurs niveaux d'appréhension de la réalité, et enfin d'étudier un problème relativement rarement exploré par la communauté scientifique. Le versant qualitatif nous a paru de nature à engendrer une masse de données importante, apte à sous-tendre des recherches quantitatives ultérieures. En l'espèce, conjuguer les approches quantitative et qualitative nous a semblé une démarche potentiellement féconde pour soutenir et enrichir les hypothèses émises. Enfin, malgré son caractère aléatoire et risqué dans le cadre d'une recherche doctorale, toujours prisonnière de contraintes de temps et de budget, la triangulation nous a semblé crédibiliser la connaissance scientifique générée en améliorant la « consistance interne » et la généralisabilité, du moins partielle, de notre étude [Hussein, 2009].

C'est à la présentation fouillée des deux volets (quantitatif puis qualitatif) de notre recherche que les deux sections suivantes sont désormais consacrées.

2. Étude quantitative des facteurs individuels et organisationnels du burn out

Il s'agit dans ce volet quantitatif de détecter, à partir de la détermination de possibles facteurs de risque ou de protection face au burn out, si et comment le travail auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer est susceptible de mettre à mal l'identité des soignants, en « testant » diverses composantes personnelles (paramètres sociodémographiques, appartenance ethnoculturelle, religion, etc.) et professionnelles de cette dernière.

Cette section détaille par conséquent le protocole de l'étape quantitative de la recherche, en s'inspirant pour partie du plan d'analyse d'une étude épidémiologique médicale, qui nous a semblé un mode de présentation exhaustif [Ancelle, 2006, p. 187] : objectifs de l'étude (2.1.), mode de collecte des données (2.2.), définition de la population d'étude (2.3.), construction du questionnaire (2.4.), éthique (2.5.), administration du questionnaire (2.6.), mode de saisie et d'analyse (2.7.), mode de financement (2.8.), limites et biais (2.9.). Seul le contexte de l'étude, déjà longuement présenté, ne sera pas réexposé.

2.1. Objectifs et design de l'étude

Ce volet de notre recherche poursuit deux objectifs :

- d'une part, estimer la prévalence du burn out, à partir de diverses mesures et partitions des scores de ses composants ;
- d'autre part, explorer le poids des caractéristiques personnelles et professionnelles des personnels soignants et des facteurs organisationnels dans la prédiction du burn out et de ses trois composantes (épuisement professionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel).

En termes de design, l'étude mise en place est :

- *observationnelle*, c'est-à-dire n'induisant pas d'intervention sur la population observée, si l'on tient à utiliser un terme issu de l'épidémiologie médicale — ou de type *étude de ressenti*, s'il s'agit de pointer la dimension subjective des données collectées ;
- *transversale*, c'est-à-dire « une enquête descriptive dans laquelle des données sur les éventuels facteurs de risque ont été recueillies en même temps que l'information sur le statut vis-à-vis de la maladie » [Ancelle, 2006, p. 201], la « maladie » étant ici le burn out ;
- et *multicentrique*, menée dans différents établissements (v. *infra*).

2.2. Mode de collecte des données

Parmi les techniques mobilisables en recherche quantitative, nous avons choisi de procéder par questionnaire, outil bien adapté permettant de traiter de grands échantillons et d'établir des relations statistiques

La collecte de données par questionnaire requiert d'identifier cinq points critiques :

- La **population** étudiée est définie à la section 2.3.
- La **conception** du questionnaire allie en l'espèce des outils de mesure préexistants et des échelles construites pour l'occasion. Le choix des premières et la création des secondes nécessitent un étayage méthodologique et théorique plus marqué, qui fait l'objet de la section 2.4.
- L'**élaboration du questionnaire** est le produit d'un processus de co-construction itératif avec les membres de la direction générale du Groupe ORPEA (directeur général délégué en charge de l'exploitation et directrice médicale) et l'ensemble des directeurs régionaux. Cette étape a permis à la fois de valider l'acceptabilité des questions posées pour l'entreprise hôte et la compréhensibilité des formulations retenues.
- L'**administration** de ce questionnaire imprimé, acheminé par voie postale au directeur de chaque site, autoadministré et accompagné d'une affichette A3 illustrée en rappelant le « mode d'emploi » et d'un court texte d'introduction, est présentée dans la section 2.6.
- L'**accès aux sources**, crucial pour le chercheur en sciences humaines et sociales ou en sciences de gestion, a été naturellement grandement facilité par le statut salarié de l'ensemble de la population interrogée et par le soutien sans faille de la direction. La littérature a toutefois identifié quelques biais induits à cette voie d'accès, présentés avec les autres biais dans la section 2.9.

2.3. Définition de la population d'étude

Cette étude multicentrique a été menée dans 186 établissements :

- d'une part, la totalité des EHPAD ressortissant à l'unité économique et sociale (UES) ORPEA (soit 141 sites) ;
- d'autre part, les cliniques de soins de suite et de réadaptation ressortissant à l'UES CLINEA et disposant d'une autorisation en gériatrie ou en polyvalent, ou encore d'une unité cognitivo-comportementale (soit 45 sites).

La définition de ce périmètre, en lien avec la direction des ressources humaines, a permis d'interroger les établissements appartenant au « noyau historique », stabilisé, du Groupe ORPEA, en écartant les entités les plus récemment créées ou acquises, pas encore intégrées dans

les différentes entités sociales centralisées du Groupe. Par ailleurs, le choix de ces deux UES, représentant les deux principales composantes de l'entreprise, a constitué une solution pragmatique puisqu'il permettait de toucher le plus grand nombre possible de sites sans démultiplier les informations apportées aux instances représentatives du personnel : ici, quatre réunions ont suffi pour informer le comité d'entreprise et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de chacune des deux UES, au cours du seul mois de septembre 2012.

Au sein de ces 186 établissements, seuls les personnels soignants, susceptibles d'exercer une activité de *care* ou de soin auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et exerçant à titre *salarie* (et non libéral), ont été interrogés. Le questionnaire n'a donc été distribué qu'aux personnes exerçant l'une des professions suivantes :

- agent des services hospitaliers
- aide médico-psychologique / aide soignant(e)
- assistant(e) de soins en gériatrie
- cadre infirmier
- diététicien(ne)
- ergothérapeute
- infirmier(e)
- infirmier(e) coordonnateur / -trice
- kinésithérapeute salarié
- médecin coordonnateur (EHPAD) ou médecin coordinateur (cliniques SSR)
- médecin salarié
- psychologue
- psychomotricien.

L'éventail de professions interrogées est volontairement large, afin de collecter des données allant au-delà de celles habituellement fournies par la littérature internationale, très majoritairement concentrée sur les opérateurs de première ligne (aides-soignantes et infirmières).

Afin de déterminer le nombre de questionnaires imprimés nécessaire à cette étude et d'ajuster les quantités expédiées, les directeurs d'exploitation de sites retenus ont été interrogés, permettant d'évaluer la population à interroger à 41 personnes en moyenne par EHPAD et 65 par clinique SSR, soit 8 706 personnes.

2.4. Construction du questionnaire

Comme indiqué, le questionnaire utilisé comporte 42 questions fermées, une dernière question étant laissée ouverte pour obtenir éventuellement une libre réponse. Puisque nous avons retenu l'approche maslachienne du burn out, nous avons adopté le Maslach Burnout Inventory (dans sa version Human Services Survey). Le texte en a été très légèrement modifié pour substituer le terme « résident / patient » aux termes « client » ou « usager » de la version originale (tableau 2.3).

Les 22 questions du MBI ont été complétées par plusieurs groupes de questions. Les divers items permettant de parvenir à une meilleure qualification socio-démo-professionnelle de notre population, d'usage dans une telle étude (tranche d'âge, sexe, statut matrimonial, etc.), n'appellent pas de commentaire particulier, et/ou font écho aux déterminants identifiés à l'issue de notre revue de littérature (questions 23-26 et 29-36). Les possibles déterminants organisationnels, dont certains sont spécifiques à un établissement appartenant à un groupe de santé privée, ont été listés après une séance de remue-méninges (question 38).

Nos hypothèses ont en revanche conduit à la rédaction de questions spécifiques permettant de cerner certains aspects de l'identité sociale et individuelle des répondants, dont la genèse est détaillée ci-après. L'objectif étant de confronter chacune des trois dimensions du MBI (score d'épuisement professionnel, score de dépersonnalisation et score d'accomplissement personnel, ainsi que le score global de burn out, aux réponses à ces questions relatives d'une part à l'appartenance ethnoculturelle (1.4.1.), d'autre part à la personnalité (1.4.2.).

2.4.1. Questions relatives à l'origine géographique et à la religion

Les questions 27 et 28 visent à tester un éventuel lien entre l'appartenance ethnoculturelle, en tant que constituant de l'identité du répondant, et le burn out. L'approche choisie pour cerner ladite appartenance est indirecte et consiste à croiser le ressenti d'appartenance et la religion déclarée.

À quelle fréquence pensez-vous que chacune des 22 affirmations suivantes s'applique à votre cas personnel ?

À chaque question, le répondant pouvait choisir parmi 7 réponses :

☐ Jamais ☐ Plusieurs fois par an ☐ Une fois par mois
☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois par semaine ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Chaque jour

- 1 Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- 2 Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail
- 3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- 4 Je peux comprendre facilement ce que les résidents/patients ressentent
- 5 Je sens que je m'occupe de certains résidents/patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- 6 Travailler avec d'autres personnes tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts
- 7 Je m'occupe très efficacement des problèmes des résidents/patients
- 8 Je sens que je craque à cause de mon travail
- 9 J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les autres
- 10 Je suis devenu(e) plus insensible aux autres depuis que j'ai ce travail
- 11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- 12 Je me sens plein(e) d'énergie
- 13 Je me sens frustré(e) par mon travail
- 14 Je sens que je travaille trop dur dans mon job
- 15 Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains des résidents/patients
- 16 Travailler au contact direct avec d'autres personnes me stresse trop
- 17 J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les résidents/patients
- 18 Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des résidents/patients
- 19 J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
- 20 Je me sens au bout du rouleau
- 21 Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement
- 22 J'ai l'impression que les résidents/patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Tableau 2.3 • Maslach Burnout Inventory

Ces deux questions ont appelé un traitement juridique particulier, puisqu'elles relèvent manifestement des données dites « sensibles » :

- aux yeux des répondants, dans la mesure où les questions peuvent être, notamment dans une enquête professionnelle, perçues comme trop indiscrètes, inconvenantes ou sans lien avec l'objet de l'enquête ;
- aux yeux de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, qui qualifie de sensible une information révélant directement ou indirectement « les origines raciales ou ethniques, les

opinions politiques, philosophiques ou religieuses, l'appartenance syndicale, ou des données relatives à la santé ou la vie sexuelle » (article 8-I). Est interdit le traitement de données sensibles (collecte, enregistrement, conservation) est interdit en l'absence de consentement exprès des personnes, sauf exceptions (article 8-II).

La loi française s'avère en réalité relativement souple dès lors qu'une double condition est réunie : la question doit être pertinente pour le questionnaire, c'est-à-dire proportionnée aux objectifs poursuivis, et les répondants doivent donner leur accord exprès, c'est-à-dire signé (la signature étant apposée non sur le questionnaire, qui perdrait son caractère anonyme, mais sur une feuille à part présentée par l'enquêteur).

Dans notre cas, la première condition semble remplie ; le protocole mis en place nous rapproche de la seconde en réservant la possibilité de réponse aux seules personnes volontaires et en garantissant l'anonymat des répondants par le cumul de diverses mesures de protection liées à la collecte des données [de Singly, 2005, p. 76].

Témoignant sans doute d'un excès de prudence, nous avons donc procédé au dépôt d'une demande d'autorisation préalable auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, assortie d'un memorandum détaillé quant à l'étude, à ses objectifs et à ses modalités techniques (notamment en termes de sécurité informatique de traitement et de stockage de l'information), conformément à l'article 25 de la loi du 6 janvier 1978.

Notons enfin que pour maximiser l'acceptabilité juridique, ces deux questions ont fait l'objet d'une formulation précautionneuse.

La formulation initiale de la **question n° 27** était « *Dans quel département ou pays êtes-vous né(e) ?* ». Bien que cet énoncé ne soit sans doute pas litigieux puisqu'« il est possible d'aborder le critère de 'l'origine' à partir de données objectives telles que le lieu de naissance et la nationalité à la naissance de l'intéressé et de ses parents, mais également, si nécessaire, par des données subjectives portant sur le ressenti d'appartenance ou sur la manière dont la personne estime être perçue par autrui »¹⁰, nous nous sommes appuyé sur la délibération n° 2008-055 du 6 mars 2008 de la CNIL et sur les recommandations du rapport intitulé « Inégalités et

¹⁰ Défenseur des droits / CNIL (2012). *Mesurer pour progresser vers l'égalité des chances – Guide méthodologique à l'usage des acteurs de l'emploi*. 106 p.

discriminations – Pour un usage critique et responsable de l’outil statistique » rédigé en février 2010 par le Comité pour la mesure de la diversité et l’évaluation des discriminations, pour reformuler notre question. Appelée à se prononcer sur le projet d’enquête « Trajectoires et origines » de l’Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de l’Institut national d’études démographiques (INED), la CNIL estimait dans cette décision qu’il s’agissait du traitement de données subjectives, relevant précisément de ce que le Conseil constitutionnel avait appelé le « ressenti d’appartenance »¹¹, et que la formulation de cette question, comme les modalités de traitement des réponses, ne posait aucun problème particulier. L’INSEE et l’INED ont finalement renoncé à cette question dans la version définitive de leur enquête, mais nous avons adopté rigoureusement la formulation qu’avait validée la CNIL : « *En pensant à votre histoire familiale, de quelle(s) origine(s) vous diriez-vous ?* ».

Afin de renforcer l’anonymat des répondants, nous avons en outre proposé une liste fermée de réponses parmi lesquelles les personnes interrogées étaient appelées à choisir : région administrative pour la France, et zone géographique pour l’étranger. Il s’agissait par là :

- de restreindre le choix des réponses possibles aux régions/zones dont il était vraisemblable qu’on les rencontrât dans les établissements de santé sondés — les options les plus évasives (« Autres pays d’Afrique » et « Autres pays d’Asie ») représentant des zones d’origine marginales dans la population française, tout en ne discriminant pas les personnes éventuellement originaires de ces régions ;
- de « diluer » les répondants dans un groupe de départements ou de pays étrangers, donc de rendre impossible leur identification par un tiers.

Enfin, nous avons explicitement laissé aux répondants la possibilité de ne pas répondre à cette question s’ils la jugeaient indiscrete, ou de cocher plusieurs réponses en cas de ressenti d’appartenances multiples.

La **question 28**, portant sur la religion et la spiritualité, s’est également fondée sur les considérants de deux précédentes décisions de la CNIL en matière de « statistiques ethniques » :

- à propos de l’enquête « Trajectoires et origines » menée par l’INSEE et l’INED, la CNIL a considéré que « la question relative à la religion était pertinente au regard de la finalité de

¹¹ Décision du Conseil constitutionnel n° 2007-557 du 15 novembre 2007 portant sur la loi relative à la maîtrise de l’immigration, à l’intégration et à l’asile.

l'enquête et offrait des garanties suffisantes : elle était ouverte et facultative et permettait de se déclarer sans religion » (CNIL, délibération n° 2008-055 du 6 mars 2008) ;

- à propos de l'enquête « Migrations entre l'Afrique et l'Europe », la CNIL a considéré que « les informations recueillies étaient pertinentes et nécessaires au regard de la finalité poursuivie et ne méconnaissaient pas » la décision du Conseil constitutionnel du 15 novembre 2007, puisque l'enquête n'avait pas pour finalité de classer ou de recenser les personnes selon leur origine ethnique (délibération n° 2008-040 du 7 février 2008).

Enfin, la sensibilité de ces données nous a semblé exiger la constitution et la consultation d'un comité d'éthique externe, dont la composition et les avis font l'objet de la sous-section 2.5., « Aspects éthiques – Mode d'information du public concerné ».

Ainsi formulée, cette demande d'autorisation préalable, procédure la plus limitative en droit français, a été adressée à la CNIL, accompagnée des avis des membres du comité d'éthique, qui l'a finalement requalifiée en simple déclaration préalable (demande d'autorisation préalable n° 1642894, notification de requalification du 25 janvier 2013).

2.4.2. *Questions relatives à la personnalité*

Un détour par quelques facteurs ou traits de personnalité fréquemment associés au burn out dans la littérature non spécifique à l'alzheimerologie nous semble ici nécessaire pour explorer l'intégralité de notre hypothèse d'un lien entre l'identité et le burn out [Truchot, 2004, p. 174-195] :

- Notre revue de littérature a montré que seul le modèle des Big Five a, nous l'avons vu, été utilisé en alzheimerologie (*v. supra*). Dans tous les autres secteurs économiques, le lien entre Big Five et burn out fournit des résultats contraires, ce qui nous a conduit à écarter ce modèle, d'autant qu'il n'aurait finalement pas apporté beaucoup d'éléments nouveaux. Parmi ses cinq axes (extraversion, agréabilité, conscienciosité, névrosisme et ouverture), le névrosisme (qui reflète le degré de stabilité émotionnelle du sujet, et dont le versant le moins favorable englobe divers affects négatifs comme l'anxiété, la tristesse, la tension nerveuse, les idées irréalistes, les désirs excessifs et urgents) est ainsi constamment considéré comme un prédicteur du burn out, en particulier de l'épuisement émotionnel, tandis que l'agréabilité prédit la dépersonnalisation.

- À l'inverse, les individus présentant des scores élevés d'endurance (hardiness, caractéristique associant l'engagement, le challenge et le contrôle [Kobasa, 1979]) souffrent moins de burn out.
- La personnalité de type A été décrite comme un ensemble cognitivo-comportemental constituant un facteur de risque coronarien [Friedman et Rosenman, 1959] : engagement professionnel nourri, fixation d'objectifs ambitieux, impatience, sens développé de l'urgence et de la pression du temps, tendance à l'agressivité, etc. parfois résumé à l'aide du triptyque efforts vers la réalisation, impatience/irritabilité et colère/hostilité. La personnalité de type A correspond à un ensemble de conduites et d'attitudes prisées en milieu professionnel — du moins dans un système libéral — dont l'impact sur le burn out n'est pas clair : certaines études en font un frein au burn out, et stimulant notamment l'accomplissement personnel ; d'autres en font un facteur de risque pour une, deux ou les trois dimensions du burn out [Truchot, 2004, p. 180-183].
- Sans multiplier les exemples, citons également le sens de la cohérence [Antonovsky, 1993], grâce auquel le sujet perçoit son environnement et sa vie comme maîtrisables, compréhensibles et structurés, ou le lieu de contrôle (*locus of control*, évaluation a priori de l'emplacement, interne ou externe, des facteurs influençant le cours de la vie ou des événements) [Rotter, 1966], ou au sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire la confiance que le sujet s'accorde pour réussir dans la mise en œuvre d'activités attendues de sa part [Bandura, 1977], liée à l'estime de soi, qui semblent des facteurs plutôt protecteurs contre le burn out.

Influencé par notre propre sensibilité à la psychanalyse, nous avons été frappé de constater combien ces approches donnent à voir les différentes modalités de fixation partielle de la pulsion (oralité, analité, génitalité) [Freud, 1915] : la composante orale semble imprégner les facteurs favorisant le burn out, tandis que la composante anale paraît en protéger (leitmotiv du contrôle et de la maîtrise).

Abordant notre hypothèse identitaire par l'angle de la personnalité, nous avons donc tenté de déterminer s'il était possible d'établir une corrélation entre la prédominance orale, anale ou génitale et les scores de burn out — étant entendu que cette prédominance peut structurer toute l'identité du sujet, via certains traits de caractère ou de personnalité, ou prendre momentanément

le pas sur les deux autres, auquel cas elle se manifeste dans les comportements ponctuellement adoptés.

Un sujet n'est en effet jamais strictement oral, ou anal, ou génital : il présente simplement certains traits prédominants. Mais si elles existaient à l'état pur, sous forme idéal-typique, chacune de ces fixations névrotiques se manifesterait dans le caractère, en tant que partie la plus accessible du moi :

- L'**oralité** est une phase anobjectale où le nouveau-né cherche à maintenir la relation symbiotique avec sa mère. Le sujet oral cherche donc généralement à s'unir à l'autre sur un mode fusionnel. Cette nostalgie de l'unité en fait un être en quête d'un idéal irréalisable, souhaitant obtenir *tout et tout de suite* [Grunberger, 1971, p. 157], donc impatient, en permanence insatisfait, intolérant à la frustration, impulsif et, dans le même temps, « très crédule » et « très optimiste » [Grunberger, 1971, p. 159], quitte « à prendre ses désirs pour la réalité », à laquelle il refuse de s'adapter, d'où une tendance dépensière.
- La **personnalité anale** est classiquement caractérisée par la « triade anale » : ordre, parcimonie (voire avarice) [Ferenczi, 1914] et obstination. « Selon une tendance évoquant l'apprentissage de la propreté et la lutte de pouvoir [autour des fèces] auquel il a donné lieu, les personnes au caractère anal cherchent souvent à être maîtres des événements, à avoir une emprise sur les autres ou à les dominer » [Pervin et John, 2005, p. 104]. La fixation anale est par exemple incriminée dans la constitution de collections par accumulation d'objets, ou dans la personnalité méthodique et persévérante, se plaisant dans le domaine du précis, du mesurable, du comparable et donc du visible [Grunberger, 1971, p. 244], mais aussi parfois avide ou envieuse [Alexander, 1948, p. 55].
- Il conviendrait, en théorie, de distinguer la **phase phallique**, où la fixation partielle s'effectue au stade du complexe d'Œdipe, l'hostilité étant « davantage dirigée vers un but et davantage empreinte d'un esprit de rivalité » [Alexander, 1948, p. 58], et la **phase génitale**, où « les pulsions sexuelles sont empreintes d'esprit de compétition » [Alexander, 1948, p. 60] ; mais la littérature n'opère qu'inconstamment cette nuance. « Le caractère phallique-œdipien, plus riche et plus souple que les précédents, sera probablement à la recherche du pouvoir par élimination de rivaux, par une position sociale élevée, sera avide de symboles de puissance phallique (les voitures et les motos puissantes, etc.) [...] et montrera une versatilité oscillant entre la séduction et l'autoritarisme » [Jeanclaude, 2010, p. 186].

Répetons que ces trois personnalités pures sont des constructions théoriques et qu'une personnalité équilibrée est plutôt un composé harmonieux de différents traits oraux, anaux et génitaux. Partant de cette grille de lecture, nous avons cherché à déterminer si telle structure pulsionnelle prédominait chez les répondants selon leur positionnement dans les différentes composantes du burn out.

Du point de vue théorique, notre démarche apparaîtra aux puristes comme hautement contestable : la psychanalyse ne saurait s'accommoder d'une approche quantitative telle que la nôtre, qui constitue dès lors un non-sens. Cette objection majeure nous semble totalement justifiée dans un cadre thérapeutique, où la technique psychanalytique ne peut emprunter d'autres voies que celle du colloque singulier. Simplement, nous ne considérons ce lien éventuel entre oralité, analité et/ou génitalité et burn out que comme une hypothèse de travail, nécessaire pour aborder la question du narcissisme, elle-même mobilisée dans celle des identifications diverses mises en jeu dans notre hypothèse des déséquilibres identitaires.

La psychanalyse ne se prêtant pas à l'évaluation quantitative, nul questionnaire préexistant n'était à notre disposition, et nous avons donc dû concevoir notre propre instrument, en veillant à ce qu'il demeure suffisamment simple dans sa formulation et son principe pour ne poser aucun problème de compréhension aux répondants, tout en permettant un croisement avec les niveaux de burn out. Sans prétentions psychanalytiques poussées et en procédant par tâtonnements, nous sommes parvenu à une suite de 18 items, formulée sous une forme aussi claire et compréhensible que possible.

À chacune des trois organisations pulsionnelles correspondent six adjectifs ou substantifs relativement neutres et spécifiques, l'ensemble étant ensuite classé par ordre alphabétique pour éviter tout effet de halo (tableau 2.4). Il s'agit pour le répondant d'indiquer si chacun de ces 18 items correspond selon lui à ses traits de personnalité, avec une échelle de Likert à quatre degrés (tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout) (tableau 2.5).

Ce test simple était accompagné de questions de contrôle dont la littérature nous donnait à penser que la réponse est elle aussi liée au stade pulsionnel :

- « 39 Fumez-vous ? » (non / oui / un peu / oui, modérément / oui, beaucoup) (*plutôt liée à l'oralité*)
- « 40 Si la réussite devait se résumer en deux mots, ce serait plutôt, pour vous :

J'obtiens (*oralité*) / « Je contrôle » (*analité*) / « Je séduis » (*génitalité*)

- « 41 Faites-vous une ou plusieurs collections ? » (aucune / oui, 1 ou 2 / oui, 3 et plus) (*analité*).

Oral	Anal	Génital
Éternel insatisfait Naïveté Idéalisme Impatience Optimisme Possessivité	Contrôle Économe Obstination Ordonné(e) Perfectionnisme Sens du devoir	Ambition Confiance en soi Courage Énergique Esprit de compétition Séduction

Tableau 2.4 • Répartition des traits de personnalité selon la fixation partielle aux différents stades psychosexuels.

42. Chacun des mots ou expressions suivants vous semble-t-il correspondre à vos traits de caractère ?

À chaque question, le répondant disposait de 4 possibilités de réponse :

☐ tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout

« éternel insatisfait(e) »	ambition	confiance en soi
contrôle	courage	naïveté
économe	énergique	esprit de compétition
idéalisme	impatience	obstination
optimisme	ordonné(e)	perfectionnisme
possessivité	séduction	sens du devoir

Tableau 2.5 • Formulation définitive de la question 42.

Enfin, la question 37 a pour but de déterminer comment le répondant tend à réagir en cas de difficultés professionnelles, c'est-à-dire en situation de stress ; elle a donc trait aux stratégies de coping adoptées. Elle propose elle aussi 18 modalités de réponse. Notre hypothèse est que certaines de ces stratégies apparaissent liées au burn out et/ou aux organisations pulsionnelles, ce qui permettrait à la fois la détection de signaux plus ou moins forts de burn out, voire une interprétation psychodynamique du processus.

Au final, la structure de notre questionnaire comporte donc 7 séquences (tableau 2.6). Une fois validé en interne, le questionnaire a pu être soumis à la CNIL pour autorisation préalable, accompagné d'un memorandum dans lequel nous insistions sur les précautions éthiques prises, que nous allons à présenter détailler.

Questions	Thème
1-22	Maslach Burnout Inventory
23-26	Caractéristiques sociodémographiques du répondant
27-28	Appartenance ethnoculturelle et spiritualité
29-36	Caractéristiques socioprofessionnelles
38	Événements de la vie organisationnelle
37 et 39-42	Caractéristiques liées à la personnalité et à l'identité
43	Libre réponse

Tableau 2.6 • Structure générale du questionnaire

2.5. Aspects éthiques

La présence d'un volet ethnique et religieux dans notre démarche nous a conduits à collecter des données considérées comme sensibles en droit français, et justifiait donc certaines précautions éthiques.

Les exigences réglementaires et jurisprudentielles, rappelées dans la sous-section 2.4., ont été intégrées en amont de notre projet de recherche. Mais la délicatesse du sujet nous a semblé justifier une démarche éthique plus globale, ne se limitant pas au seul formalisme imposé par la CNIL.

Nous considérons que notre étude se situe dans la double condition définie par les décisions de la CNIL, et avons faites nôtres les recommandations de l'Organisation des Nations unies relatives aux questions ethnoculturelles dans les recensements de population : absence de définition standard applicable à tous les pays du monde, approche nécessairement subjective car l'ethnicité est une croyance et pas une essence, auto-déclaration plutôt qu'attribution d'une origine par un tiers, possibilité de réponses multiples, cette position étant reprise par le Comité pour la mesure de la diversité et l'évaluation des discriminations dans son rapport de février 2010 déjà évoqué.

Parmi les autres lignes de conduite consultées pour nous orienter dans notre réflexion éthique, mentionnons le Code d'éthique professionnelle de l'Institut international de statistique, qui prévoit que le statisticien doit anticiper les mésinterprétations ou mésusages qui seraient faits de ses résultats, en informant le cas échéant les utilisateurs potentiels. Les résultats ne doivent être communiqués qu'au bénéfice de la population la plus large possible, en veillant à ne nuire à aucun groupe de population¹² [International Statistical Institute, 2001, p. 6].

Cette démarche éthique a reçu deux traductions concrètes :

- d'une part, notre souci de protéger l'anonymat des répondants à tous les stades de l'étude, y compris dans la solitude de notre bureau. Ainsi, l'absence de marqueurs sur les enveloppes porteuses (cachet de la clinique ou de l'EHPAD, etc.) rendait impossible l'identification des personnes exerçant une profession par nature unique sur chaque site (médecin et infirmier coordonnateurs, etc.) — elle a d'ailleurs limité notre capacité d'analyse en empêchant tout benchmark établissement par établissement, ou le recours à des données propres à l'établissement (taux d'occupation, etc.), qui auraient sans doute fourni des compléments d'information utiles ;
- d'autre part, la création et la consultation d'un comité d'éthique composé de six personnalités indépendantes de tout premier plan, cinq de ses membres ayant remis un avis transmis à la CNIL (tableau 2.7).

¹² « The statistician should guard against predictable misinterpretation or misuse. If such misinterpretation or misuse occurs, steps should be taken to inform potential users. Findings should be communicated for the benefit of the widest possible community, yet attempt to ensure no harm to any population group ».

COMPOSITION :

Jean-Pierre-Georges Foucault, ancien président de la commission de santé publique et de bioéthique du Grand Orient de France

Gaëtan Gorce, sénateur de la Nièvre, membre de la commission des Lois du Sénat, maire de La Charité-sur-Loire, membre de la CNIL

Nathalie Griesbeck, députée européenne, conseillère générale de la Moselle, présidente du conseil d'administration du centre hospitalier de Jury-lès-Metz

Georges-Auguste Legault, professeur émérite d'éthique appliquée, Université de Sherbrooke, Canada

Dominique Schnapper, directrice d'étude à l'École des hautes études en sciences sociales, ancien membre du Conseil constitutionnel

Dominique Thouvenin, professeure de droit civil à l'École des hautes études en santé publique, membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

AVIS :

« (...) je dois vous avouer que votre questionnaire m'a placé dans un certain embarras. Lié au sujet, naturellement, mais plus encore à la finalité de l'avis qui m'est demandé. Dans la mesure où votre dossier sera transmis à la CNIL et où je suis membre de cette instance, il me paraît impossible de préjuger de la position qui sera arrêtée par celle-ci en prenant préalablement position. Aussi, vous comprendrez qu'à mon grand regret je ne puisse accomplir la tâche que vous me demandez. »

Gaëtan Gorce (18 janvier 2013)

« Tel quel, le questionnaire que vous proposez me semble très pertinent et certainement pleinement en accord avec les perspectives heuristiques qui sont les vôtres. En tout cas, vous avez à l'évidence pris globalement toutes les précautions utiles du point de vue juridique stricto sensu aussi bien que du point de vue proprement éthique, qui en l'occurrence importe peut-être davantage encore.

Pour ce qui est plus précisément des questions n° 27 et 28, sur lesquelles vous avez souhaité attirer particulièrement mon attention, il en va de même. Simplement en ce qui concerne la question n° 28, je serais portée à en modifier la formulation et la présentation comme suit, pour des raisons de fond principalement scientifiques et taxinomiques :

Question n° 28 : De quelle forme de spiritualité ou de sensibilité religieuse vous sentez-vous le plus proche ?

(Première case – et non la dernière) : aucune (etc. le reste sans changement).

Ainsi pouvez-vous en effet résoudre aisément la question du statut des différentes confessions chrétiennes, qui ne constituent pas proprement des « religions » différentes, sans heurter personne »

Nathalie Griesbeck (4 septembre 2012)

« J'ai lu avec grand intérêt votre questionnaire ainsi que le mémorandum. Votre recherche, comme vous le savez très bien, soulève essentiellement deux types de problèmes éthiques: la confidentialité des données et la stigmatisation sociale.

En ce qui concerne la stigmatisation sociale, vos questions 27 et 28, telles que formulées, laissent au répondeur le libre choix d'identifier son groupe d'appartenance tant au plan social et religieux, sans oublier qu'il peut ne pas répondre à cette question. En ce qui concerne la confidentialité des données, la collecte des données par le biais de l'urne évite toute identification des personnes et réduit la traçabilité des personnes notamment au plan institutionnel. En ce qui concerne l'identification par croisement des données du questionnaire, le fait de mettre des catégories d'âge et d'expérience professionnelle, comme vous l'avez fait, réduit aussi la possibilité de croisement permettant l'identification.

Ainsi, les précautions que vous avez prises réduisent au maximum, à mon avis, les possibles manquements à la confidentialité et à la stigmatisation des populations. »

Georges-Auguste Legault (13 septembre 2012)

« J'ai relu le projet de questionnaire que vous avez déposé à la CNIL et les questions me paraissent ne comporter aucune disposition qui soit contraire au respect des personnes interrogées. Elles se présentent de façon neutre et laissent explicitement la possibilité de ne pas répondre. J'espère donc que cette enquête pourra être autorisée. »

Dominique Schnapper (5 octobre 2012)

« Concernant les qualificatifs d'« étude observationnelle, non interventionnelle, à la fois descriptive et 'étiologique' » : « Il s'agit là de concepts propres aux pratiques de recherche dans le champ médical et biomédical, en l'occurrence par opposition aux recherches conduites sur des personnes (essais de médicaments, par exemple), celles utilisant des personnes pour les observer (par exemple études épidémiologiques). Cette recherche qui est de type psycho-sociologique ne relève pas de ce modèle dont les règles ont commencé à être établies après la Seconde Guerre mondiale et constamment révisées (cf. dernière mouture de la Déclaration d'Helsinki). Toutefois, si l'on prend le parti de retenir cette expression pour la rapporter dans le champ des sciences sociales, on remarque alors que cette recherche ne comporte aucune observation. Elle vise, en recueillant les points de vue des personnes, de décrire ce qu'elles ressentent en termes de « burn-out ». Il ne s'agit pas de mettre en évidence une réalité objectivée, mais de rendre compte de ce que les personnes soignantes disent éprouver d'un point de vue subjectif, d'où le recours au questionnaire joint au document explicitant le projet de recherche. »

Dominique Thouvenin (22 novembre 2012)

Tableau 2.7 • Composition et avis du comité d'éthique *ad hoc*.

2.6. Administration du questionnaire

Quatre modes d'administration sont généralement envisageables pour un questionnaire. Le *face-à-face* et l'*enquête téléphonique* ont d'emblée été écartés en raison de leur coût et de leur chronophagie, incompatibles avec la taille de notre population. Après avoir semblé un temps pertinente, la *création d'un site Internet*, qui aurait permis à chaque répondant de répondre en ligne et facilitant le stockage et le traitement statistique des réponses, n'a finalement pas été retenue non plus, les établissements interrogés disposant de taux d'équipements informatiques adaptés ou de couvertures WiFi disparates, ce qui aurait engendré des biais jugés trop importants. L'option naturelle du *questionnaire imprimé* par voie postale a donc été conservée, malgré le délai de production, les coûts induits (justifiant le recours au mécénat) et les contraintes qu'elle imposait :

- l'encombrement devait être limité à une feuille de papier blanc de format A3, imprimée en recto-verso ;
- un texte d'accompagnement succinct, signé par le D^r Linda Benattar, a été ajouté, précisant les organisations à l'origine de la recherche et l'objectif général de l'étude, et rappelant les principes d'anonymat et de volontariat présidant à cette étude.

Le questionnaire a ensuite été envoyé en quantité suffisante à chaque directeur d'établissement, accompagné d'un courrier rappelant le mode opératoire :

- Dans chaque établissement, l'organisation pratique de cette étude est confiée soit au directeur ou à la directrice, soit au référent Bientraitance.

- La philosophie générale de l'étude est celle d'une élection : la participation y demeure facultative, mais chacun est vivement invité à répondre. Les réponses de chacun sont personnelles et confidentielles, et doivent demeurer anonymes à tout moment de l'étude (seule différence par rapport à une élection : aucune liste d'émargement ne doit être mise en place).
- L'étude se déroule sur 24 heures, à cheval sur deux journées, de midi à midi, permettant de couvrir deux équipes et d'intégrer sur ces 24 heures la journée du staff pluridisciplinaire. La date exacte est laissée à l'appréciation du directeur de l'établissement, et les équipes de jour et de nuit doivent pouvoir, sur leur temps de travail, remplir le questionnaire et le déposer dans une urne spécialement affectée à cette étude (nous suggérons de recourir à l'urne utilisée pour les élections du personnel).
- Chaque salarié remplit le questionnaire sur son temps de travail, le glisse dans une enveloppe blanche totalement vierge mise à sa disposition, puis ferme l'enveloppe et la dépose dans l'urne dédiée.
- À l'issue des 24 heures, le directeur récolte dans l'urne les enveloppes fermées contenant les questionnaires remplis, et nous les retourne dans une enveloppe porteuse, *sans possibilité d'identifier la provenance* (ni courrier de retour, ni cachet de l'établissement) au siège d'ORPEA.
- Les enveloppes porteuses sont ouvertes et vidées sitôt leur arrivée sur notre bureau. Les questionnaires arrivés le même jour sont immédiatement mélangés afin d'empêcher l'identification des répondants en fonction du site expéditeur, avant d'être décomptés et stockés dans l'attente de leur envoi au prestataire chargé de les dépouiller.

Il s'agissait ici de concilier plusieurs impératifs : la clarté du mode d'emploi pour un personnel pressé par le temps et aux niveaux socioculturels très hétérogènes, la pédagogie quant aux règles de confidentialité et d'anonymat mises en place tout au long du processus, que venait ponctuellement contrarier le caractère impersonnel d'un questionnaire imprimé, long et standardisé, support qu'imposait le traitement ultérieur des données face à une population d'étude aussi nombreuse.

2.7. Mode de saisie et d'analyse

La numérisation des questionnaires reçus a été assurée par la société Neoptec (Montpellier), spécialisée dans le traitement automatisé des questionnaires à choix multiples et des questionnaires et enquêtes à teneur médicale (scanner : Canon DR 7580), qui a également assuré l'exportation dans un fichier de type Microsoft Excel®, afin d'en permettre le traitement mathématique.

L'analyse statistique des questionnaires a été effectuée dans le logiciel STATA 13¹³ par une statisticienne extérieure. Nous avons utilisé d'une part une approche multidimensionnelle (l'analyse en composantes principales), d'autre part des approches explicatives, faisant appel à des équations économétriques linéaires et non linéaires prenant en compte des choix binaires (méthode des moindres carrés ordinaires et régressions logistiques). Ces méthodes permettent de raisonner en termes d'effet pur, c'est-à-dire en isolant l'impact propre de chaque variable, toutes choses étant égales par ailleurs — ce que ne permettent pas les analyses bivariées (tris croisés), qui dissimulent l'influence d'autres variables non présentes dans le croisement.

L'analyse en composantes principales est l'une des méthodes d'analyse de données multivariées les plus utilisées. Lorsque les observations sont décrites par un nombre important de variables (des descripteurs, attributs, mesures...), il est en effet impossible d'appréhender la structure des données et la proximité entre les observations par les démarches statistiques descriptives que sont les approches univariées ou bivariées. L'analyse en composantes principales a ici été utilisée dans différents cas de figure, comme :

- l'étude et la visualisation des corrélations entre les variables, afin d'éventuellement limiter le nombre de variables à mesurer par la suite ;
- l'obtention de facteurs non corrélés formant des combinaisons linéaires des variables de départ, afin d'utiliser ces facteurs dans des méthodes de modélisation telles que la régression linéaire, la régression logistique ou l'analyse discriminante ;
- la visualisation des observations dans un espace à deux ou trois dimensions, afin d'identifier des groupes homogènes d'observations, ou au contraire des observations atypiques, permettant notamment la représentation graphique.

¹³ www.stata.com.

Les approches économétriques (régression linéaire et régression logistique) ont également été utilisées dans cette recherche, en raison de leur aptitude à relier un événement à une combinaison linéaire de variables explicatives. La régression logistique, notamment, permet de modéliser une variable qualitative binaire (deux modalités de réponse), ordinale (plus de deux modalités ordonnées) ou polytomique (plus de deux modalités) en fonction de variables explicatives quantitatives ou qualitatives. Ce type de régression permet de relier la survenance ou la non-survenance d'un événement au niveau de variables explicatives. Par exemple, nous cherchons ici à évaluer quelles caractéristiques individuelles et organisationnelles sont plus susceptibles d'initier l'exhaustogénèse.

Le lecteur l'aura compris à la brièveté de cet exposé : cet aperçu ne poursuivait d'autre objectif que de justifier le recours aux méthodes mathématiques que nous avons choisies, sans chercher à entrer dans les raffinements statistiques.

2.8. Financement

La recherche s'effectue au travers d'un dispositif juridique tripartite :

- ARMINES (pour le compte du Centre de recherche sur les Risques et les Crises de MINES ParisTech) et le groupe ORPEA sont liés par un contrat d'encadrement de thèse, conclu en novembre 2011, dont l'objet de définir le cadre et les conditions dans lesquelles le CRC prend en charge l'encadrement scientifique des travaux du doctorant, ainsi que les conditions d'utilisation des résultats par les parties (article 1) ;
- ORPEA et le doctorant sont liés par un contrat de travail à durée indéterminée ;
- MINES ParisTech et le doctorant sont liés par les modalités habituelles d'inscription d'un étudiant en école doctorale.

Signalons également qu'un financement complémentaire de 20 k€ a été obtenu grâce au mécénat institutionnel de la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO, 15 k€), et au mécénat individuel de M. Thierry Paturle (5 k€). Les fonds collectés sont gérés par la Fondation MINES ParisTech, et bénéficient des dispositions fiscales favorables prévues par l'article 238 *bis* du Code général des impôts.

Ces sommes ont permis de financer l'impression du questionnaire (environ 9 000 exemplaires), la numérisation des réponses et le traitement des données.

2.9. Limites et biais

Par définition, nous nous heurtons aux limites propres à ce type d'études :

- Une étude transversale ne peut servir qu'à établir un lien entre un ou des facteurs de risque et la présence du burn out mais non sa *survenue*. En d'autres termes, nous mesurerons la prévalence du burn out (c'est-à-dire le rapport nombre de cas observés à un instant t / population à risque à cet instant t) mais non son incidence (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas apparaissant pendant une période donnée), qui aurait constitué un indicateur plus dynamique.
- Une étude transversale ne peut que constater la présence d'une corrélation éventuelle, sans permettre de trancher quant au sens de la causalité. Sans autoriser à affirmer que le burn out est une cause ou une conséquence des facteurs qui lui sont corrélés, elle apporte en revanche des arguments permettant de nouvelles études (cohorte, cas-témoins, etc.).
- Dans sa phase quantitative et qualitative, cette étude s'est heurtée à des limites et biais relativement classiques en la matière. S'agissant d'une recherche en entreprise, il n'est pas inutile d'insister sur l'accès aux sources de données, puis sur la contamination potentielle de ces sources, avant de considérer les autres biais rencontrés.

2.9.1. Accès aux sources

L'une des difficultés majeures que doit affronter le chercheur lors d'une recherche quantitative en sciences humaines et sociales ou en sciences de gestion réside dans l'accès à un terrain à observer ou à interviewer. La convention de recherche liant MINES ParisTech et le Groupe ORPEA a naturellement levé cette hypothèque, et l'implication du D^r Linda Benattar, directrice médicale, relayée par les directeurs régionaux auprès des directeurs de site, a constitué un facilitateur évident. Les sources primaires étant par essence réactives, ce parrainage comportant trois étapes entre le terrain et le chercheur (directrice médicale, directeurs régionaux, directeurs de site) est toutefois susceptible de se révéler ambivalent, présentant de nombreux avantages,

mais exposant potentiellement au risque de « contamination des sujets-sources » [Ibert *et al.*, 1999].

Le parrainage d'un acteur de terrain permet de s'assurer la coopération des personnes interrogées, voire d'établir avec elles une relation de confiance, tout en permettant un gain de temps conséquent. La caractéristique première du parrain est en effet de détenir une autorité — de quelque nature qu'elle soit — susceptible d'imposer le chercheur aux autres sujets de l'étude. Ce parrainage présente néanmoins certains écueils en matière de collecte de données. La fonction facilitante du parrain peut évoluer entre trois pôles [Lee, 1993] :

- celui de médiateur entre le chercheur et un univers qui ne lui est pas familier ;
- celui de mentor, suggérant des orientations et informant le chercheur de possibles particularités « culturelles » du groupe des sujets ;
- celui de « patron », dont le contrôle qu'il exerce sur la recherche emporte la coopération ou la confiance des personnes questionnées envers le chercheur.

L'accès au terrain est indirectement facilité par le parrain médiateur ou mentor, et directement par le parrain patron.

Le recours à un parrain n'est toutefois pas exempt de risques. Un premier type de biais potentiels est lié à l'image ou à la réputation dont le parrain jouit préalablement sur le ou les sites où il introduit le chercheur. Par ailleurs, le « patron » peut par définition exercer diverses contraintes sur l'étude par le contrôle même qu'il exerce sur le processus de recherche, voire la freiner ou l'interrompre s'il la juge menaçante à un titre ou à un autre. Le recours à un parrain unique induit donc le risque d'introduire un biais instrumental lourd majeur, la sélection de la population finissant par être négociée avec le parrain, sur des considérations extérieures aux seuls critères scientifiques, théoriques et statistiques [Lee, 1993].

La recherche en entreprise — et la nôtre n'a pas échappé pas à cette règle — s'effectue donc sous contraintes multiples, renforcées lorsque le chercheur est placé dans une relation contractuelle induisant un lien de subordination à l'égard de son parrain, par exemple par un contrat de travail prévoyant expressément la dépendance hiérarchique du chercheur vis-à-vis du parrain, comme c'est le cas dans le montage juridique tripartite liant ici Mines ParisTech, le Groupe ORPEA et le chercheur. Cette modalité particulière n'implique pas nécessairement une liberté de recherche altérée : il convient notamment de rendre justice à l'investissement financier,

matériel et humain dont l'entreprise hôte témoigne par définition en s'engageant dans une démarche de recherche (démarche triennale dans le cas d'une recherche doctorale). Mais, lors de l'analyse et de la présentation de ses résultats, le chercheur doit demeurer conscient des limites affectant son travail, notamment en raison de la possible contamination des sources de données.

2.9.2. Contamination des sources de données primaires

Est définie comme une contamination toute influence exercée par un acteur sur un autre, que cette influence soit directe (rhétorique, attitudinale, comportementale... donc d'ordre à la fois verbal et non verbal) ou indirecte (émission d'un message par un tiers, diffusion non contrôlée de signaux aux acteurs, diffusion d'un document influençant la population étudiée, choix des termes dans un guide d'entretien...). La contamination des sources de données primaires est donc consubstantielle à la recherche en milieu de travail, où les interactions entre acteurs sont innombrables. Cette contamination peut survenir à trois niveaux : entre le chercheur et la population interviewée, au sein du groupe interrogé, et entre sources des données primaires et sources de données secondaires [Ibert et al., 1999] — n'ayant pas utilisé de sources secondaires (c'est-à-dire de données dont le chercheur n'était pas le producteur direct [Martin, 2012, p. 14] : « littérature d'entreprise » : plaquettes de communication, procédures, etc.), nous ne citons ce dernier point que pour mémoire.

En permettant ou contrôlant l'accès aux acteurs, le parrain représente paradoxalement un agent contaminant assez fréquent, susceptible d'interférer à la fois sur la population des interviewés et sur l'ordonnancement des entretiens. Le parrain serait également parfois tenté d'imposer au chercheur son évaluation personnelle du « vrai » rôle de l'acteur dans l'organisation. La littérature consultée recommande donc de prévoir une gestion spécifique de la relation avec le parrain, s'adressant directement à lui pour limiter son influence sur le processus de recherche, aussi bien qu'aux acteurs pour ne pas perdre la confiance qu'ils ont dans la recherche et le chercheur. Nous fondant sur notre analyse et notre perception de l'organisation qui nous accueillait et des parrains qui facilitaient notre travail, nous n'avons pas fait usage de cette recommandation, probablement excessive en l'espèce. Le raisonnement qui la sous-tend présente toutefois l'intérêt indéniable d'attirer l'attention du chercheur sur les filtres et les biais susceptibles d'affecter voire d'entacher la qualité des données primaires recueillies.

Ici, le circuit de décision et d'information sur les objectifs et le mode opératoire de l'étude et la diffusion du questionnaire sur un mode descendant, du siège de l'entreprise vers les salariés des sites, en recourant à la voie hiérarchique (directrice médicale / chercheur → directeurs régionaux → directeurs d'établissement → salariés), et les modalités de retour sur un mode ascendant quasiment similaire (salariés → directeurs d'établissement → chercheur) ont probablement induit de nombreuses altérations du message initial et l'émission de messages informels ou implicites dans les deux sens. Cette étude « venue d'en haut » a vraisemblablement favorisé la **contamination intragroupe**, inhérente à l'interaction entre les acteurs interrogés — d'autant qu'elle a été présentée aux instances représentatives du personnel par la direction des ressources humaines du siège *avant* d'être déployée. Le facteur temps joue un rôle important, car la durée de l'étude de terrain s'y prêtant, les acteurs ont pu échanger quant aux intentions du chercheur et aux finalités de l'enquête. Le risque d'amalgame entre les motivations du parrain (ici, élargi à la « grande direction ») et celles du chercheur, possible « œil de Moscou », a probablement été réel, dans un sens péjoratif pour certaines franges de la population, ou mélioratif dans d'autres. Cette contamination sur un mode fantasmatique façonne l'attitude collective à l'égard du chercheur et de l'enquête et peut donc influencer les réponses qui leur sont apportées.

La présence d'un enjeu collectif fort (ici, la santé au travail) majore probablement la contamination intragroupe, surtout s'il se conjugue à un terrain localement « sensible » (ce qui a conduit, rappelons-le, à décider de ne pas déployer l'enquête quantitative dans un établissement — mais dans *un seul* sur 186, biais de sélection somme toute limité). Les parrains se révèlent alors des conciliateurs essentiels pour faciliter ou préserver l'acceptation du chercheur et de l'étude par la population interrogée, mais leur intervention risque incidemment, souvent par « excès de zèle » ou par maladresse en cas de passage « en force », de biaiser la compréhension qu'a la population des objectifs de la recherche.

Signalons enfin qu'en raison de leur position hiérarchique et de leur pouvoir discrétionnaire, les parrains et intermédiaires ont nécessairement contribué à l'émergence de plusieurs biais — dans la méthodologie et le périmètre général de l'étude, mais aussi divers biais de sélection, par exemple dans le choix des sites interrogés lors de la phase quantitative, ou dans le choix des personnes interviewées lors de la phase qualitative.

2.9.3. Biais de sélection

Un biais de sélection peut succinctement être défini comme une erreur systématique induite dans une étude en raison des méthodes adoptées pour en choisir les participants. Dans une étude transversale comme la nôtre, les biais de sélection sont habituellement élevés, de sorte que le niveau de preuve en est généralement considéré comme faible. La phase quantitative de l'étude souffre de différents types de biais de sélection.

Le premier est un **biais de volontariat** (ou d'autosélection), lié à la méthodologie de l'étude même, qui pose le volontariat des réponses comme principe intangible, aux côtés de leur anonymat. Il est possible que les caractéristiques des personnes apportant volontairement une réponse à notre étude diffèrent de celles des personnes ayant choisi de ne pas y participer. Ce principe du volontariat devra, en ceux, conduire à questionner les non-réponses totales ou partielles.

Un deuxième type de biais doit être mentionné, même s'il ne s'applique qu'imparfaitement en l'espèce : l'étude consistant à interroger l'ensemble des professionnels présents sur leur lieu de travail un jour donné, il est raisonnable de penser que l'ensemble de l'étude est entaché d'un **biais de bonne santé des travailleurs** (*healthy worker effect*), puisque les individus capables d'exercer leur fonction sont a priori considérés comme en meilleure santé que la population générale. Or, il ne s'agissait pas, pour la partie épidémiologique de la présente étude, d'estimer la situation de la population générale à partir de la situation de notre échantillon, pas plus qu'il ne s'agissait d'approximer la situation de l'ensemble des salariés du Groupe ORPEA (mais seulement celle des soignants salariés). Tout au plus l'hypothèse de l'existence d'un biais de cette espèce pourra-t-elle donc étayée par l'exclusion de fait, dans l'échantillon, des personnes temporairement empêchées de tenir un emploi en raison par exemple d'un arrêt-maladie, ou simplement absentes le jour de l'étude parce qu'elles ne travaillaient pas (jour de repos, congés payés).

Les **critères d'inclusion** dans l'étude induisent en revanche un biais tangible. Le critère d'ancienneté d'appartenance au Groupe ORPEA écarte en effet d'emblée les sites nouvellement intégrés, alors même qu'il est légitime de formuler l'hypothèse qu'un tel événement organisationnel puisse être de nature à influencer sur la santé psychique des salariés. Plusieurs arguments viennent à l'appui de cet impact potentiel, dans un sens ou un autre :

- le rachat par un groupe international tel qu'ORPEA peut chez certains sujets renforcer cette anxiété en induisant la crainte d'une dissolution dans une entité gigantesque aux contours mal définis, ou une peur de l'avenir (l'acquéreur procédera-t-il à des licenciements économiques ? changera-t-il certaines méthodes de travail, rassurantes par leur dimension routinière ?), voire le développement d'une image de prédation ;
- chez d'autres individus, un tel rachat peut au contraire signifier une dynamique nouvelle insufflée à un établissement en difficulté et susciter un regain d'optimisme (la démarche de travail d'un grand groupe est synonyme de professionnalisation des pratiques ; l'appartenance à un groupe financièrement solide garantit l'avenir de chacun de ses établissements, par péréquation intragroupale, etc.) ;
- quelle qu'ait été sa situation économique antérieure, le rachat peut similairement renforcer le sentiment de fierté puisqu'il souligne la valeur intrinsèque de l'établissement, de ses méthodes de travail, de son équipe, de son potentiel de développement, jugés « dignes d'être rachetés ».

Rappelons enfin au passage qu'un site répondant aux critères d'inclusion a, sur proposition de son directeur, finalement été écarté en raison de son climat social sensible au moment de l'étude quantitative. Le biais de sélection induit est de portée toutefois réduite puisqu'il ne concerne au final qu'un site sur 186.

La conjonction de ces biais, dont la correction statistique s'avère impossible *ex post*, est somme toute assez usuelle en matière de recherche menée en entreprise. Pour la majorité des phénomènes ou processus observés, ils limitent la possibilité de généraliser les résultats de l'étude à une population plus générale que celle des répondants.

S'ils ne doivent pas être sous-estimés, ces biais ne doivent pas non plus être sur-estimés — certains auteurs invitant même à les relativiser en sciences sociales. Les biais ne constituent pas, en effet, des erreurs de mesure au sens classique de la métrologie, conçue pour les sciences physiques, mécaniques notamment. Dans ces disciplines, « la mesure est une conception réaliste : il existe de vraies, d'authentiques grandeurs que les dispositifs de mesure cherchent à identifier. [...] Selon cette conception de la mesure, un biais ou une erreur est un écart par rapport à une valeur réelle. L'objectif du scientifique est alors de s'approcher au plus près de cette réalité. En sciences sociales, et spécifiquement en sociologie, cette conception réaliste de la

mesure n'est pas justifiable — ou seulement pour quelques rares variables. Prétendre le contraire serait supposer qu'il existe des réponses parfaitement exactes, sans ambiguïtés », sans arbitraire ni équivoque [Martin, 2012, p. 29]. Or, « les réponses aux questions des sociologues renvoient à une réalité sociale complexe qui ne peut pas être mise facilement en ordre et catégorisée sans ambiguïté. Il existe un flou intrinsèque à toute catégorisation. Ce flou peut être plus ou moins important, en fonction du travail d'objectivation que le social (les institutions, l'économie et le politique) a réalisé. Les catégories les plus instituées (comme l'état matrimonial, la profession, le diplôme...) présentent moins d'équivoque que les catégories construites et utilisées par le seul sociologue pour les besoins de son enquête » [*ibid.*, p. 30]. Une remarque similaire peut être formulée en matière de biais d'échantillonnage : plutôt que de voir ces erreurs ou biais comme un écart à un idéal, à une réalité, « il est préférable de les penser comme heuristiques, d'en tirer profit. Il faut apprendre à faire avec 'ce qu'on a'. les erreurs apparentes ou les biais supposés d'une enquête peuvent être des outils heuristiques et renseigner comme le feraient d'hypothétiques données 'idéales' » [*ibid.*, p. 30].

Au final, l'apport de ce volet quantitatif de notre recherche doit probablement être modulé. La recherche de vastes populations répond à un certain effet de mode, liée aux pratiques de recherche et de publication anglosaxonnes et à leur attirance pour les sciences quantitatives, mais qui ne correspond pas forcément aux traditions européennes. Elle répond en revanche aux impératifs de pilotage de l'entreprise hôte, dont les effectifs importants ne laissent guère d'autres choix qu'une approche sur grande échelle. Enfin, quoi qu'il en soit, le cadre institutionnel de cette recherche doctorale repose sur un principe de formation à et par la recherche, et sous ce double aspect, le recours à des approches quantitatives induit de s'y être formé et confronté, ce qui en soi constitue pour le doctorant un résultat inestimable ! Il n'en demeure pas moins que plus ils seront descriptifs, déterminés par des facteurs spécifiques à l'entreprise ou au métier, moins les résultats seront généralisables à d'autres contextes que celui du Groupe ORPEA ou à d'autres métiers que l'alzheimerologie. Conscient de ces limites intrinsèques, nous avons plutôt essayé d'en tirer parti tout au long de notre démarche pour donner une assise ou une robustesse statistique aux conclusions moins concrètes auxquelles nous ont mené les versants plus analytiques, plus théoriques ou plus exploratoires de notre recherche, qu'il s'agisse de la revue de littérature ou de son volet qualitatif, que nous souhaitons maintenant présenter.

3. Étude qualitative des représentations de la fatigue liée à la prise en soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

La présentation de cette étape de notre recherche sera par la force des choses moins détaillée que celle du versant quantitatif, puisque nous avons choisi une démarche d'inspiration compréhensive qui, par essence, se laisse moins facilement programmer ou protocoliser qu'une démarche explicative. Nous présentons donc ici successivement les objectifs et le design de l'étude (3.1.), le mode de collecte des données (3.2.), les aspects éthiques (3.3.) et le mode de traitement des données (3.4.).

3.1. Objectifs et design de l'étude

Ce volet de l'étude utilise deux sources de matériaux :

- d'une part, l'analyse des réponses apportées, le cas échéant, à la question n° 43 du questionnaire de la phase quantitative. Cette question étant la seule à être totalement ouverte puisqu'il s'agit d'une « rubrique libre », les réponses apportées sont considérées comme relevant de ce volet herméneutique de l'étude. Par commodité, ce pan de l'étude ne sera pas développé : il est traité par une analyse sémantique et lexicographique manuelle, et ses résultats sont présentés dans le chapitre 3 ;
- d'autre part, d'entretiens individuels semi-structurés menées avec des soignants, auxquels la suite de cette section sera consacrée.

Ce volet de l'étude cherche à explorer les ressentis de burn out que les soignants attribuent à leur travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et aux stratégies de gestion mises en place face à cette fatigue. Dans la typologie de Blanchot et Gotman, qui distingue les enquêtes par entretiens selon qu'elles cherchent à explorer les représentations, les pratiques, ou les deux simultanément, notre étude a donc pour finalités l'étude des représentations et des pratiques [Blanchet et Gotman, 2010, p. 29-33].

Notre objectif étant de glaner le matériau le plus riche possible, nous nous sommes inspiré de l'approche compréhensive, utilisée en sociologie. Cette démarche, qui repose par les apports de la philosophie et de la sociologie allemandes de la fin du XIX^e siècle, est « un positionnement

intellectuel qui postule d'abord la radicale hétérogénéité entre les faits humains et les faits des sciences naturels ou physiques » [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 40]. Les phénomènes sociaux sont analysés en tant qu'ils sont signifiants, liés au sens que les acteurs (individus, groupes, institutions) ont attribué à leurs propres actions intentionnelles, signification que le sociologue doit appréhender pour reconstituer les choix des individus [Dilthey, 1894]. Il s'agit donc de reconstituer les étapes significatives du parcours allant des motifs d'une conduite à sa réalisation ou retracer la perspective prise par l'agent sur ses actions [Weber, 1913]. Pour ce faire, le chercheur doit tenir le cap entre l'empathie et la rigueur ou, selon les termes de Simmel, entre la distance et la proximité [Simmel, 1892]. « Cet effort conduit, par synthèses progressives, à formuler une synthèse finale, plausible socialement, qui donne une interprétation « en compréhension » de l'ensemble étudié (c'est-à-dire qui met en interrelation systémique l'ensemble des significations du niveau phénoménal) » [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 40].

Mais nous n'avons fait que nous *inspirer* de la démarche compréhensive. Le respect strict de ses canons aurait voulu que fût mis en place, partant d'une question de recherche initiale, un mouvement pendulaire ininterrompu entre la théorie et le terrain, les constructions théoriques évoluant et se nourrissant des informations glanées sur le terrain jusqu'à saturation des modèles, c'est-à-dire jusqu'au moment où « les dernières données recueillies n'apprennent plus rien ou presque » [Kaufmann, 2011, p. 29] — l'archétype de cette démarche étant par exemple la théorie ancrée (*grounded theory*) [Glaser et Strauss, 1967].

3.2. Mode de collecte des données – Construction de la grille d'entretiens

Quatre des cinq points critiques énoncés à la sous-section 2.2., « Mode de collecte des données » du volet quantitatif de notre recherche demeurent à notre sens valables. La présente sous-section présente donc tour à tour la population, la conception de la grille d'entretiens, la conduite des interviews et l'accès aux sources.

3.2.1. Définition de la population

Dans le cadre d'une étude qualitative, la représentativité de l'« échantillon » n'a pas à être recherchée à tout prix — et constituerait d'ailleurs un objectif hors de portée et sans grand

intérêt. La littérature recommande en revanche que l'« échantillon » ne s'écarte pas trop de ce que le chercheur pense être les principaux descripteurs de la population étudiée : répartition sexuée, âge, niveau de formation, etc. [Kaufmann, 2011, p. 40-41].

La seule requête formulée auprès des directeurs des établissements retenus a donc été de rencontrer des soignants de première ligne : infirmières, aides soignantes, agents des services hospitaliers, auxiliaires de vie, etc.

Le choix des établissements contactés a répondu à des critères simples : nous tenions à ce que ces établissements soient situés à Paris et en province, et en agglomération aussi bien qu'en zones faiblement urbanisées ; enfin, nos déplacements devaient permettre d'optimiser le nombre de sites visités et d'interviews menés. Au total, six EHPAD ont été visités : Beaulieu (Caen), Les Rives de Saint-Nicolas (Caen), La Chanterelle (Le Pré Saint Gervais), Les Musiciens (Paris), Édith Piaf (Paris), Le Corbusier (Boulogne-Billancourt).

Au final, nous avons donc rencontré 18 personnes (15 femmes), dont 8 aides soignantes et 5 infirmier(e)s (tableau 2.8).

Pseudonyme choisi	Sexe	Âge	Fonction
Alice	♀	21	infirmière
Antoine	♂	–	infirmier
Awa	♀	43	auxiliaire de vie
Catherine	♀	45	aide médicopsychologique
Chantal	♀	44	aide soignante
Daria	♀	40	infirmière
Fernando	♂	37	aide soignante
Isabelle	♀	44	auxiliaire de vie sociale
Kouma	♀	40	agent des services hospitaliers
Lorie	♀	37	aide soignante
Marciela	♀	40	infirmière
Michou	♀	31	aide soignante
Nina	♀	39	aide soignante
Rosalie	♀	34	infirmière coordinatrice
Sabrina	♀	26	aide soignante
Sam	♀	30	aide soignante
Soal	♂	–	gouvernant
Wowa	♀	40	aide soignante

Tableau 2.8 • Liste (alphabétique) des personnes interviewées.

3.2.2. Conception de la grille d'entretiens

Le dispositif retenu recourt à des entretiens individuels : le « guide d'entretiens » comporte quatre questions rédigées, à poser à tous les interviewés dans les mêmes termes pour conserver la cohérence d'ensemble. Il s'agit donc d'entretiens volontairement peu structurés, qui permettent à l'enquêteur une grande marge de liberté pour approfondir et affiner avec l'interviewé en fonction de ses réponses.

La formulation des questions ne doit naturellement rien au hasard :

- la première a pour but d'installer la confiance de l'interviewé(e) vis-à-vis de l'interviewer. Elle est donc positive dans son fond et dans sa forme ;
- la deuxième, qui évite sciemment l'emploi du terme « burn out », est celle sur laquelle nous sommes concentré sur le terrain. Elle est en effet au cœur de notre question de recherche, et permet à la fois d'explorer les représentations liées à la fatigue, à la maladie d'Alzheimer et à leurs interactions, et de différencier la fatigue au travail d'autres formes de fatigue, notamment d'ordre privé ;

- la troisième permet d'identifier quelles ressources les interviewés mobilisent dans leurs stratégies de lutte contre la fatigue ;
- enfin, la quatrième question explore directement la voie de l'oralité et du travail en pluridisciplinarité dans ses interactions avec le burn out.

1. Qu'est-ce qui vous semble le plus épanouissant dans votre travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

2. Et, au contraire, qu'est-ce qui vous épuise le plus dans votre travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Et dans ce contexte, pour vous, être épuisé(e), cela tient à quoi ?

Êtes-vous parfois épuisé(e) de cette façon à la maison, ou dans d'autres circonstances ?

3. Pour lutter contre cette fatigue, quels sont vos « trucs », vos recettes, vos astuces à vous ?

4. À votre avis, en quoi « parler travail » avec vos collègues (en réunion ou dans les pauses) peut-il permettre de vous sentir mieux au travail ?

3.2.3. Conduite des interviews

Les entretiens ont été menés du 8 novembre 2013 au 8 janvier 2014, sur le temps de travail des répondants.

Afin de limiter les perturbations occasionnées par l'absence d'un salarié dans le fonctionnement du service, la durée des interviews a été limitée à 30 minutes. Chaque interview était enregistré afin de pouvoir être retranscrit ultérieurement.

Le déroulement type était le suivant :

- accueil de l'interviewé : recontextualisation par rapport au questionnaire administré au printemps 2013 ; explication du déroulement de l'entretien et des mesures visant à garantir l'anonymat (*v. infra*, § 3.3., « Aspects éthiques ») ;
- remise d'un engagement unilatéral de confidentialité signé par le doctorant devant l'interviewé (voir Annexe 4) ;
- entretien *stricto sensu* ;
- prise de congé.

3.2.4. Accès aux sources

Les personnes rencontrées se sont portées volontaires en amont de l'entretien, lorsque la direction de l'établissement leur a présenté la démarche et en a défini l'organisation pratique.

Compte tenu de l'insuccès de la réunion tenue à la clinique SSR de la Lèze (*v. supra*), les personnes interviewées ont localement pu être désignées par la direction de l'établissement ou par l'un de ses représentants. Ce mode de désignation était *a priori* susceptible de constituer un biais, et l'intégralité des remarques énoncés au paragraphe 2.9 du présent chapitre (*v. supra*) demeurent valables. À l'usage, nous n'avons toutefois pas cru déceler d'écarts sensibles dans la liberté de ton des répondants, qu'ils soient volontaires ou désignés.

3.3. Aspects éthiques

L'armature éthique de notre démarche visait principalement à garantir la confidentialité des échanges, condition à une plus grande liberté de ton et à une plus grande richesse de l'information recueillie. Ce versant éthique se tenait volontairement en début d'entretien afin de susciter la confiance, de lever, autant que faire se peut, les réticences des interlocuteurs et de libérer la parole.

Un engagement unilatéral de confidentialité pré-imprimé était signé par le doctorant en début d'entretien, sous les yeux de la personne rencontrée, et lui était remis en mains propres.

Afin de préserver l'anonymat des répondants, il leur était proposé de choisir eux-mêmes un pseudonyme. Les entretiens étant organisés par la direction du site avant l'arrivée du chercheur, les personnes se présentaient à heure dite sans avoir jamais eu aucune interaction avec le doctorant, qui ignorait donc leur véritable identité. Pour les besoins de l'enquête, nous avons néanmoins été contraint de noter, à côté de chaque pseudonyme, l'âge et la fonction des interlocuteurs.

Enfin, il était proposé à chacun de recevoir, à son adresse électronique personnelle, le texte de l'entretien tel qu'il serait utilisé pour l'analyse finale. Là réside la seule entorse potentielle au respect de l'anonymat — toutefois limitée par le fait que seul le chercheur a accès à la table de

concordance entre pseudonymes et adresses électroniques, et que lesdites adresses ne sont parfois elles-mêmes guère explicites quant à l'identité de leur propriétaire !

3.4. Analyse des données

L'analyse des données ainsi recueillies poursuivait deux objectifs : il s'agissait de repérer les représentations sociales médiatisant la relation entre le travail en alzheimerologie et la fatigue ou le burn out, à partir du contenu latent ou explicite émis par les soignants interrogés, en postulant que ce discours centré sur leur travail — donc sur leur identité professionnelle — permettrait d'aborder le versant personnel de leur identité au travers de ses déterminismes socioculturels. D'autre part, l'analyse thématique et sémantique du discours devait permettre de déceler les processus psychanalytiques à l'œuvre ou en jeu.

La mise au travail du corpus ainsi constitué a été effectuée en nous inspirant des techniques d'analyse qualitative utilisées en anthropo-sociologie, au sens que donnent à ce terme Paillé et Mucchielli : « l'étude de l'être humain dans toutes ses dimensions, y compris celles de son expérience intime, psychique. La psychologie en tant qu'elle s'intéresse empiriquement à l'expérience de l'être humain en situation est donc incluse dans le champ désigné » [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 85-86]. Il s'est donc agi pour nous d'établir et de documenter des liens entre la forme et le contenu des récits, en tentant de dégager des catégories conceptualisantes. Or, le recours à des techniques objectives d'analyse formelle n'est nullement indispensable pour documenter ces liens » [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 93]. Il nous a en effet semblé important de ne pas confondre rigueur scientifique et rigidité en ne nous laissant pas prendre aux « pièges du réductionnisme et de la technicisation » et en redonnant toute sa place au travail de l'esprit [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 80]. Le risque d'une technique trop formelle est en effet qu'elle « néglige ou déprécie à l'excès les fonctions référentielles de l'entretien, c'est-à-dire l'information qui est tant bien que mal délivrée à travers les « biais ». Or la recherche et l'évaluation de cette information restent au centre de la « politique de l'entretien » pour le socio-anthropologue » [Olivier de Sardan, 2008, p. 57]. En d'autres termes, il importait de ne pas laisser l'analyse de la forme nous détourner de celle du fond.

Les interviews enregistrés ont donc été retranscrits dans Word[®] par une dactylographe indépendante. Notre lecture de ce corpus a ensuite donc utilisé deux types de techniques :

- d'une part, l'analyse thématique, qui consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus », ici des retranscriptions d'entretiens [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232].
- d'autre part, l'analyse phénoménologique et métaphorique, notamment psychanalytique, qui consiste à transposer les éléments de la situation et du récit dans la sphère psychosexuelle et affective [Paillé et Mucchielli, 2012, p. 171], et doit donc laisser jouer toutes les possibilités d'interprétation et d'association libre.

Au final, l'exploration du contenu aussi bien manifeste que latent des entretiens menés que ne peut passer que par l'interprétation qu'en fait le chercheur et justifie l'épithète « herméneutique » dont nous qualifions notre démarche.

La sur-interprétation — c'est-à-dire la « contradiction significative entre les références empiriques et les propositions interprétatives » [Olivier de Sardan, 2008, p. 261-262] — constitue naturellement le risque intrinsèque d'une telle démarche. Elle rend d'autant plus pertinent les tentatives de recoupement avec l'autre niveau d'appréhension de la réalité que permet l'approche quantitative constitutive du premier volet de notre recherche, en autorisant un dialogue fécond entre théorie et empirie.

Conclusion

La possible originalité de notre démarche — mais sans doute aussi sa difficulté — procède de l'articulation qu'elle tente de deux corpus de données recueillies au cours de deux étapes en tous points distinctes, épistémologiquement, techniquement et chronologiquement.

Le recours à un volet quantitatif est rendue incontournable par la taille de la population de soignants de notre périmètre d'étude (plus de 9 000), par le besoin d'une vision synthétique et synoptique du phénomène burn out parmi les équipes ORPEA œuvrant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et par le besoin de robustesse qu'impose toute recherche scientifique en sciences humaines et sociales.

Dût-on reprocher au recours à l'analyse statistique de céder à un certain effet de mode, il présente plusieurs intérêts. Ainsi, il apporte à la communauté, malgré la probable impossibilité à monter en généralité liée au cadre même de notre recherche, une masse d'informations épidémiologiques dans une filière de prise en charge jusque lors passablement négligée. Par ailleurs, il soulève diverses questions quant à la psychométrie du burn out et à la comparabilité des études internationales entre elles — il est vrai sans les résoudre puisque tel n'était pas l'objet de cette recherche.

De son côté, le volet qualitatif, malgré sa volumétrie par essence plus restreinte (mais en phase avec la littérature que nous avons compulsée), nous semble constituer la méthode la plus adaptée à l'exploration libre des représentations que les acteurs peuvent entretenir de la maladie d'Alzheimer et de la fatigue qu'est susceptible d'occasionner chez eux le travail auprès des patients qui en sont atteints. Le dispositif de recherche mis en place nous semble structuré pour canaliser en souplesse le discours des personnes interviewées autour des thématiques explorées, et venir alimenter un double processus d'analyse et d'interprétation des données recueillies.

L'ensemble de ce dispositif est naturellement au service de nos hypothèses de recherche, qui visent à éclaircir comment la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est susceptible d'interférer avec toutes les facettes de l'identité du soignant et d'initier les processus non seulement d'exhaustogénèse, mais aussi d'exhaustopoïèse. Mais il convient dès ce stade d'insister sur le fait que le principal intérêt de la démarche compréhensive, sur laquelle nous nous sommes appuyé, est de prôner « une objectivation qui se construit peu à peu, grâce aux instruments conceptuels mis en évidence et organisés entre eux, donnant à voir le thème de l'enquête d'une façon toujours plus éloignée du regard spontané d'origine ; mais sans jamais rompre totalement avec lui » [Kaufman, 2011, p. 23].

Le chapitre 3, qui s'ouvre maintenant, est donc consacré à la présentation des résultats de cette recherche — qu'ils soient attendus ou plus surprenants...

Chapitre 3

Résultats

Notre recherche explore l'impact de la maladie d'Alzheimer du résident sur le burn out du soignant sous un angle double, à la fois organisationnel et intersubjectif. Pour assurer la continuité analytique de ces deux pôles, nous avons émis l'hypothèse que les événements de la vie organisationnelle et les vécus d'agression puissent interférer avec les différentes facettes de l'identité du soignant pour l'engager dans le processus de burn out. Il s'agit donc ici de collecter des matériaux et données étayant, infirmant ou complétant ces hypothèses, tout en essayant de mettre au jour leurs intrications éventuelles.

Nous l'avons vu, pour assurer la robustesse globale de notre réflexion, nous avons associé un volet quantitatif, fournissant une assise statistique aux relations présumées entre les différents paramètres alimentant nos hypothèses, et un volet qualitatif, mobilisant une approche anthroposociologique, de type herméneutique.

Le présent chapitre est consacré à la présentation de nos résultats — notion qui nous a intensément interrogé sur le plan épistémologique... Qu'est-ce qu'un « résultat » en sciences humaines et sociales, où l'on pourrait être tenté — un peu trop rapidement à notre sens — de tenir pour tel le plus infime changement apporté à un système d'interprétations préétabli ? Nous nous en sommes ici tenu au pragmatisme en considérant que nos résultats se logent dans l'articulation entre nos observations (qu'il s'agisse des données chiffrées auxquelles nous parvenons ou des mots ou des phrases que nous avons lus ou entendus puis consignés, la traçabilité de ces données assurant leur objectivité) et l'interprétation que nous en avons opérée à la lumière de nos hypothèses de recherche. C'est cette séquence triphasique observations / interprétations / confrontations aux hypothèses que nous avons ici adoptée comme *leitmotiv*, en structurant notre discours autour des principaux thèmes identifiés, et pour chacun des trois gisements d'informations et de matériaux auxquels nous avons recouru : l'approche quantitative

des facteurs individuels et organisationnels du burn out (1.), dont nous avons isolé l'analyse des réponses apportées à la question n° 43 du questionnaire (question finale, libre et ouverte), parvenues en un nombre trop important pour que les données fournies soient négligées ou mécaniquement intégrées au volet qualitatif de notre recherche, comme le prévoyait notre projet initial (2.), et l'étude, menée par interviews, des représentations de la fatigue liée à la prise en soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (3.). Précisons pour finir d'une part que ces trois blocs ont fait émerger un matériau débordant généreusement notre cadre, dont nous rendrons compte dès lors qu'il nous semble éclairer notre propre recherche, et d'autre part que nous présentons ici ces phases indépendamment les unes des autres, avant d'en tenter une synthèse.

1. Étude quantitative des facteurs individuels et organisationnels du burn out

Ce volet quantitatif de notre recherche vise à déterminer la prévalence du burn out et à estimer le poids de diverses caractéristiques organisationnelles ou individuelles dans le processus d'exhaustogénèse. Nous présenterons tout d'abord, classiquement, les caractéristiques générales de notre échantillon (1.1.). Nous examinerons ensuite chacun des deux objectifs assignés à ce volet de notre recherche : d'une part, l'estimation de la prévalence du burn out dans notre population d'étude (1.2.), d'autre part l'exploration du poids des caractéristiques personnelles et professionnelles des personnels soignants et des facteurs organisationnels dans la prédiction de l'épuisement professionnel (1.3.) à partir d'équations économétriques successives — étant précisé que le rapport statistique étayant les analyses qui suivent est, dans son intégralité, repris à l'Annexe 5.

1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons reçu 2 602 questionnaires exploitables, pour environ 9 500 questionnaires vierges envoyés (27,40 %) et une population cible estimée à 8 706 personnes, issues de 185 établissements (141 EHPAD et 45 cliniques SSR).

Sur le plan sociodémographique, notre échantillon est très majoritairement féminin (90 %). L'âge moyen des répondants est de $38,39 \pm 11,51$ ans. Plus des deux tiers vivent en couple (formalisé ou non), et environ 40 % des répondants n'ont pas d'enfant.

Sur le plan ethnoculturel, environ trois quarts de notre échantillon déclarent disposer de racines familiales, au moins partielles, en France. Environ 39 % des répondants ne se sentent proches d'aucune religion ; les principales religions représentées sont le catholicisme (41 %) et l'islam (8 %) (tableau 3.1).

Enfin, sur le plan socioprofessionnel, notre échantillon est constitué d'environ 70 % d'aides soignantes, aides médicopsychologiques ou agents des services hospitaliers, et de 19 % d'infirmières. L'expérience moyenne dans le métier est de $9,59 \pm 8,38$ ans, et dans l'établissement actuel, de $5,61 \pm 5,97$ ans. Le contrat de travail des répondants est à durée indéterminée et à temps plein dans 85 % des cas. Dans 15 % des cas, le soignant déclare ne s'occuper d'aucune personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, et le nombre moyen de patients/résidents atteints pris en soin chaque jour est de $10,69 \pm 9,91$. Enfin, 79 % des répondants exercent en EHPAD (tableau 3.2).

Notre population d'étude étant ainsi décrite, peuvent être exposées les mesures de prévalence du burn out auxquelles nous nous sommes livré, qui constituent l'objectif épidémiologique de cette étude et la pierre angulaire des analyses statistiques ultérieures.

1.2. Prévalence du burn out dans l'échantillon

L'épidémiologie « du » burn out se heurte à un obstacle : les concepteurs mêmes du MBI estiment qu'il n'est, pour un sujet donné, pas pertinent de calculer un score global de burn out en additionnant les scores d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'accomplissement personnel. Tout au long du volet quantitatif de cette recherche, nous avons donc cherché à préserver cette tridimensionnalité en maintenant la distinction entre chacune de ses trois composantes. Mais cette méthode, si elle permet une plus grande finesse analytique, se révèle incommode lorsqu'il s'agit de répondre à des questions aussi banales et légitimes que : « Quelle est la part de la population en burn out ? » ou « Tel facteur expose-t-il au burn out ou, au contraire, en protège-t-il ? »...

Sexe (non-réponse : 118)		femmes	2 238	90,10 %
		hommes	246	9,90 %
Âge (non-réponse : 158) (âge moyen 38,39 ans ± 11,51)		18-25 ans	322	13,18 %
		26-30 ans	416	17,02 %
		31-35 ans	355	14,53 %
		36-40 ans	325	13,30 %
		41-45 ans	330	13,50 %
		46-50 ans	272	11,13 %
		51-55 ans	227	9,29 %
		56 ans et plus	197	8,06 %
Situation matrimoniale (non-réponse : 210)		marié(e)	879	36,75 %
		en couple	781	32,65 %
		célibataire	464	19,40 %
		divorcé(e)/séparé(e)	231	9,66 %
		veuf/veuve	37	1,55 %
Nombre d'enfants au domicile (non-réponse : 211)		aucun	1 023	42,79 %
		1	578	24,17 %
		2	519	21,71 %
		3	200	8,36 %
		4	44	1,84 %
		5 et plus	27	1,13 %
Origines familiales (non-réponses : 355 • plusieurs réponses possibles)				
France	1 962			
Île de France	289	12,86 %	Limousin	24 1,07 %
PACA	259	11,53 %	La Réunion	21 0,93 %
Picardie	158	7,03 %	Franche-Comté	15 0,67 %
Bretagne	151	6,72 %	Guyane	6 0,27 %
Poitou-Charentes	145	6,45 %	Étranger	611
Auvergne	134	5,96 %	Afrique du Nord	156 6,94 %
Rhône-Alpes	118	5,25 %	Europe du Sud-Ouest	156 6,94 %
Nord-Pas de Calais	114	5,07 %	Afrique de l'Ouest	156 6,94 %
Aquitaine	113	5,03 %	Afrique centrale	65 2,89 %
Centre	92	4,09 %	Europe centrale	41 1,82 %
Champagne-Ardenne	84	3,74 %	Océan Indien	31 1,38 %
Midi-Pyrénées	74	3,29 %	Amérique latine	20 0,89 %
Basse-Normandie	72	3,20 %	Amérique du Nord	16 0,71 %
Haute-Normandie	61	2,71 %	Europe de l'Est	12 0,53 %
Alsace	55	2,45 %	Proche et Moyen-Orient	12 0,53 %
Pays de la Loire	50	2,23 %	Autres pays d'Afrique	10 0,45 %
Languedoc-Roussillon	44	1,96 %	Asie du Sud-Est	9 0,40 %
Martinique	44	1,96 %	Europe balkanique	9 0,40 %
Bourgogne	41	1,82 %	Asie du Sud	8 0,36 %
Lorraine	39	1,74 %	Chine	6 0,27 %
Guadeloupe	35	1,56 %	Europe du Nord	6 0,27 %
Corse	26	1,16 %	Océanie	5 0,22 %
Mayotte	26	1,16 %	Autres pays d'Asie	4 0,18 %
Religion et spiritualité (non-réponse : 468)		Catholicisme	875	41,00 %
		Aucune	834	39,08 %
		Islam	167	7,83 %
		Bouddhisme	81	3,80 %
		Protestantisme	74	3,47 %
		Autres religions	58	2,72 %
		Religions traditionnelles africaines	15	0,70 %
		Hindouisme	11	0,52 %
		Judaïsme	11	0,52 %
		Orthodoxie	8	0,37 %

Tableau 3.1 • Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Profession (non-réponse : 356)	aide médicopsychologique / aide soignant(e)	1 099	48,93 %
	agent des services hospitaliers	492	21,91 %
	infirmier(e)	342	15,23 %
	psychologue	62	2,76 %
	infirmier coordonnateur	49	2,18 %
	kinésithérapeute	42	1,87 %
	cadre infirmier	33	1,47 %
	ergothérapeute	30	1,34 %
	assistant(e) de soins gériatriques	24	1,07 %
	médecin salarié	24	1,07 %
	psychomotricien	21	0,93 %
	médecin coordonnateur EHPAD	17	0,76 %
	médecin coordinateur SSR	11	0,49 %
Ancienneté dans le métier (non-réponse : 247) (moyenne : 9,59 ans \pm 8,38)	< 1 an	202	8,58 %
	1-3 ans	398	16,90 %
	3-5 ans	404	17,15 %
	6-10 ans	496	21,06 %
	10-15 ans	358	15,20 %
	16-20 ans	207	8,79 %
	21-25 ans	113	4,80 %
	> 25 ans	177	7,52 %
Ancienneté dans l'établissement (non-réponse : 195) (moyenne : 5,61 ans \pm 5,97)	< 1 an	481	19,98 %
	1-3 ans	640	26,59 %
	3-5 ans	470	19,53 %
	6-10 ans	401	16,66 %
	10-15 ans	223	9,26 %
	16-20 ans	98	4,07 %
	21-25 ans	69	2,87 %
	> 25 ans	25	1,04 %
Contrat de travail (non-réponse : 160)	CDI	2 069	84,73 %
	CDD	362	14,82 %
	intérimaire	11	0,45 %
Temps de travail (non-réponse : 282)	temps plein	1 977	85,22 %
	80 %	165	7,11 %
	60 %	110	4,74 %
	40 %	51	2,20 %
	20 %	17	0,73 %
Nombre de personnes Alzheimer (non-réponse : 309) (moyenne : 10,69 patients par jour \pm 9,91)	aucune	344	15,00 %
	1 ou 2 par jour	250	10,90 %
	3 à 5 par jour	374	16,31 %
	5 à 10 par jour	338	14,74 %
	10 à 15 par jour	348	15,18 %
	15 à 20 par jour	189	8,24 %
	20 à 25 par jour	141	6,15 %
	> 25 par jour	309	13,48 %
Type d'unité (non-réponse : 266)	EHPAD/USLD	1 843	78,90 %
	résidence classique	1 407	60,23 %
	unité protégée Alzheimer	607	25,98 %
	accueil de jour	123	5,27 %
	PASA	13	0,56 %
	UHR	4	0,17 %
	SSR	529	22,65 %
	SSR polyvalent ou autre	350	14,98 %
	SSR gériatrique	236	10,10 %
	UCC	18	0,77 %

Tableau 3.2 • Caractéristiques professionnelles de l'échantillon

En d'autres termes, la première étape, délicate, consiste à définir ce qu'est un « cas » de burn out. Lorsque nécessaire, nous avons pour ce faire dichotomisé la variable « Burn out » à l'aide de la règle dite « épuisement + 1 » (« *exhaustion* + 1 ») [Brenninkmeijer et Van Yperen, 2003], qui permet de réduire le burn out à un état binaire (le sujet *est* ou *n'est pas* en burn out). En l'espèce, nous avons considéré comme atteints de burn out tous les répondants présentant :

- soit un score d'épuisement émotionnel élevé **et** un score de dépersonnalisation élevé ;
- soit un score d'épuisement émotionnel élevé **et** un score d'accomplissement personnel faible.

Chacune visant des objectifs différents (pragmatisme et approche globale du phénomène burn out pour la règle « épuisement + 1 » vs. finesse d'analyse pour la distinction canonique entre les trois dimensions), nous utiliserons dans la suite de ce manuscrit les deux méthodes dans la présentation de nos résultats, notamment pour toutes les corrélations statistiques, en mentionnant généralement d'abord les trois dimensions étudiées individuellement, puis l'impact sur le burn out global.

Cette première règle étant posée, il nous a fallu recourir à des valeurs seuils (*cut offs*) pour chacune des trois dimensions du MBI¹⁴. Or, ces valeurs n'existent pas pour la version française du MBI, puisque nous avons souligné (*v. supra*) que seule une version québécoise en avait été validée, la validation d'une version française étant en cours. Nous avons pour notre part utilisé les valeurs-seuils rassemblées dans le tableau 3.3 [Mitaine, Adiceom et Colombat, 1998 ; Galam, 2005 ; Galam, 2012, p. 128].

Dimension du burn out	faible	modéré	élevé
Épuisement émotionnel	< 18	[18 ; 29]	≥ 30
Dépersonnalisation	< 5	[5 ; 11]	≥ 12
Accomplissement personnel	< 34	[34 ; 39]	≥ 40

Tableau 3.3 • Valeurs-seuils utilisées – Maslach Burnout Inventory.

Ce qui conduit à ainsi définir les cas de burn out :

¹⁴ Le rapport statistique reproduit en Annexe 5 mentionne également des calculs non sur la base de valeurs-seuils, mais sur celle de terciles, i.e. des valeurs de burn out séparant la population en trois sous-groupes d'effectifs homogènes. Nous n'avons finalement pas retenu cette approche, considérant qu'elle compliquait toute possibilité de comparaison.

BURN OUT =score d'épuisement émotionnel ≥ 30 ET score de dépersonnalisation ≥ 12 OU score d'épuisement émotionnel ≥ 30 ET score d'accomplissement personnel < 34

Lorsque ces critères sont utilisés, 16,55 % des répondants présentent un niveau d'épuisement émotionnel élevé, 11,75 % des répondants présentent un niveau de dépersonnalisation élevé, et 33,19 % des répondants présentent un niveau d'accomplissement personnel faible (tableau 3.4).

DIMENSIONS		Effectif	Fréquence
Épuisement émotionnel	faible (< 18)	1 177	57,81 %
	modéré ($18 \leq x \leq 29$)	522	25,64 %
	élevé (≥ 30)	337	16,55 %
	(valeurs manquantes : 566)		
Dépersonnalisation	faible (< 5)	1 314	62,27 %
	modéré ($6 \leq x \leq 11$)	548	25,97 %
	élevé (≥ 12)	248	11,75 %
	(valeurs manquantes : 492)		
Accomplissement personnel	faible (< 34)	599	33,19 %
	modéré ($34 \leq x \leq 39$)	444	24,60 %
	élevé (≥ 40)	762	42,22 %
	(valeurs manquantes : 797)		

Tableau 3.4 • Statistiques descriptives pour les trois dimensions du MBI (N = 2 602).

Le tableau 3.5 fournit le détail des trois dimensions pour chacune des professions représentées. Après application de la règle dite « épuisement + 1 », la **prévalence du burn out dans notre population d'étude s'élève à 8,4 % des répondants.**

Professions	Épuisement émotionnel	Déperson-nalisation	Accomplis. personnel	Prévalence du burn out
Agent des services hospitaliers	18,845 \pm 1,271	5,530 \pm 0,545	34,132 \pm 1,034	10,09 %
Aide médicopsychologique / aide-soignant	18,196 \pm 0,809	5,061 \pm 0,325	35,779 \pm 0,607	9,96 %
Assistant de soins en gériologie	13,000 \pm 3,799	5,938 \pm 2,100	38,167 \pm 3,328	0,00 %
Cadre infirmier	14,857 \pm 4,568	5,467 \pm 2,026	39,962 \pm 3,000	0,00 %
Ergothérapeute	12,222 \pm 3,391	3,370 \pm 1,379	39,391 \pm 2,246	3,85 %
Infirmier coordonnateur	11,093 \pm 3,168	3,222 \pm 1,274	37,378 \pm 2,829	4,65 %
Infirmier	15,709 \pm 1,244	4,327 \pm 0,494	36,510 \pm 0,915	4,64 %
Kinésithérapeute	18,515 \pm 3,827	6,412 \pm 2,044	37,594 \pm 2,454	12,90 %
Médecin coordinateur clinique	11,167 \pm 8,059	3,100 \pm 2,170	39,556 \pm 5,314	0,00 %
Médecin coordinateur EHPAD	5,000 \pm 2,783	1,688 \pm 1,096	40,133 \pm 4,278	0,00 %
Médecin salarié	11,957 \pm 3,261	3,304 \pm 0,654	39,826 \pm 2,593	0,00 %
Psychologue	9,393 \pm 2,305	2,140 \pm 0,836	41,906 \pm 1,343	1,85 %
Psychomotricien	10,941 \pm 4,703	1,389 \pm 1,067	38,750 \pm 2,297	0,00 %
TOTAL	17,051 \pm 0,520	4,911 \pm 0,216	36,133 \pm 0,394	8,40 %

Tableau 3.5 • Scores (moyennes arithmétiques et écarts-types) au MBI et prévalence du burn out par profession.

Cette séquence préparatoire de l'étude n'a pas vocation à être directement reliée à nos hypothèses de recherche, dont elle n'est en rien spécifique, mais elle appelle quatre remarques. D'un point de vue *psychométrique*, elle interroge nécessairement le caractère arbitraire des valeurs seuils fixées, puisqu'au moment de l'étude, le MBI n'avait pas été validé en français de France, et que la littérature étayant notre choix de valeurs seuils est somme toute peu nombreuse et sans prétentions métrologiques. D'un point de vue *épistémologique*, la décision de ne retenir que les niveaux élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ou de perte du sentiment d'accomplissement personnel pour définir le burn out ne décrit qu'imparfaitement la progressivité du phénomène et est susceptible de fausser l'analyse en ne tenant compte que de la frange de la population la plus durement atteinte, sans qu'il soit possible de juger précisément de l'intensité de la souffrance psychique des sujets, voire de l'urgence des mesures à entreprendre (à l'extrême, risque suicidaire ?). D'un point de vue *politique*, cette même règle ne doit pas masquer son manque de neutralité : il est presque tautologique de rappeler que limiter notre définition aux individus témoignant des seuls niveaux élevés conduit à des résultats épidémiologiques par définition plus restrictifs qu'un périmètre de définition des cas de burn out élargi aux sujets présentant des scores *modérés à élevés*) — cette réserve a déjà été émise plus haut dans ce manuscrit, ces triturations statistiques pouvant être opérées de plus ou moins bonne foi selon la teinture ou l'orientation que l'émetteur d'une information quantifiée souhaite lui donner... Enfin, du point de vue *épidémiologique*, la prévalence à laquelle nous parvenons apparaît finalement comme relativement modérée eu égard aux résultats ou au discours plus alarmiste prédominant dans une partie de la littérature gériatrique, et devra nécessairement être mise en perspective (v. *infra*, chapitre 4).

L'existence de trois groupes de professions se détachant, selon que la prévalence du burn out y est forte ($\geq 9,9\%$: kinésithérapeute, agent des services hospitaliers, aide médicopsychologique/aide-soignant), modérée (entre 1,8 et 5 % : infirmier, infirmier coordonnateur, ergothérapeute, psychologue), ou nulle (assistant de soins en gériatrie, médecin, psychomotricien), souligne l'influence de la profession sur ce phénomène, sans qu'il soit à ce stade possible d'en déterminer les mécanismes sous-jacents. C'est à l'examen de tels déterminants à la lueur des matériaux collectés que nous souhaitons maintenant nous atteler.

1.3. Principaux déterminants et facteurs du burn out

L'objet de cette sous-section est de présenter les principaux résultats auxquels les modèles économétriques utilisés nous ont conduit quant au poids, dans le processus de burn out, des différentes caractéristiques personnelles et professionnelles que nous avons explorées.

Une **précision méthodologique** s'impose à ce stade : lorsque les trois échelles du MBI ont été individualisées, les données recueillies sont continues et la modélisation a été effectuée par régression quadratique (méthode des moindres carrés ordinaires) ; en revanche, après application de la règle « épuisement + 1 », la variable Burn out est par définition dichotomique, et la modélisation a été opérée par régression logistique.

Classiquement, nous examinerons tout d'abord le rôle, dans notre population, des variables sociodémographiques usuelles sur le burn out (1.3.1.). Respectant ensuite la logique adoptée dans le chapitre 2, nous détaillerons ensuite les déterminants organisationnels (1.3.2.), puis les autres déterminants individuels (1.3.3.).

1.3.1. Déterminants sociodémographiques

Classiquement, notre modèle économétrique de base testait l'influence de diverses variables sociodémographiques de base : genre, âge, situation matrimoniale, nombre d'enfants au domicile et profession. Nous avons ensuite testé l'impact de l'expérience ou de l'ancienneté sur le burn out, puis celle de facteurs culturels tels que la religion ou le ressenti d'appartenance familiale.

1.3.1.1. Déterminants sociodémographiques usuels

L'appartenance au **genre** masculin diminue de manière statistiquement significative le score d'épuisement émotionnel d'un peu plus de 2 points — ce qui revient à dire que le fait d'être une femme augmente le même score d'un peu plus de 2 points. Nous n'avons pas décelé d'effet significatif sur la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, l'absence de significativité dans ces deux derniers scores entraînant la non-significativité de ce paramètre sur la variable Burn out.

Nous n'avons détecté aucun effet de l'**âge** sur l'épuisement émotionnel. En revanche, au delà de 51 ans, la dépersonnalisation est significativement et fortement inférieure au score de référence

(d'environ 50 %), tandis que l'accomplissement personnel est légèrement supérieur (environ + 2 points contre 38,74, soit environ 5 %). Il n'apparaît aucun effet de l'âge sur la variable Burn out.

Parmi les différentes modalités de la **situation matrimoniale**, seul le célibat majore l'épuisement émotionnel de 1,9 point (contre un score de référence de 10,48, soit + 18,2 %). Aucune autre variable n'est significative pour prédire correctement le burn out.

Le **nombre d'enfants au domicile** conduit à des résultats nuancés : un enfant majore d'environ 1,5 point le score d'épuisement émotionnel, minore d'autant le score d'accomplissement personnel et majore en conséquence très légèrement (+ 0,48 point) le burn out global. La présence de 3 enfants majore également de 0,8 point le burn out global.

Confortant la variabilité de la prévalence du burn out en fonction de l'emploi exercé (*v. supra*), la **profession** est, de toutes les caractéristiques structurelles des répondants, celle qui explique le mieux le burn out. Les professions de première ligne, exercées en contact direct avec les patients/résidents, présentent les effets les plus marqués. Ainsi, agents des services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers et kinésithérapeutes enregistrent des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation significativement plus élevés, et des scores d'accomplissement personnel significativement plus faible que les scores des médecins, utilisés comme scores de référence. Compte tenu de cet impact sur les trois dimensions, ces professions présentent ici un sur-risque de burn out global. En revanche, nous ne décelons aucun effet des professions de cadre infirmier, infirmier coordonnateur, ergothérapeute et psychologue.

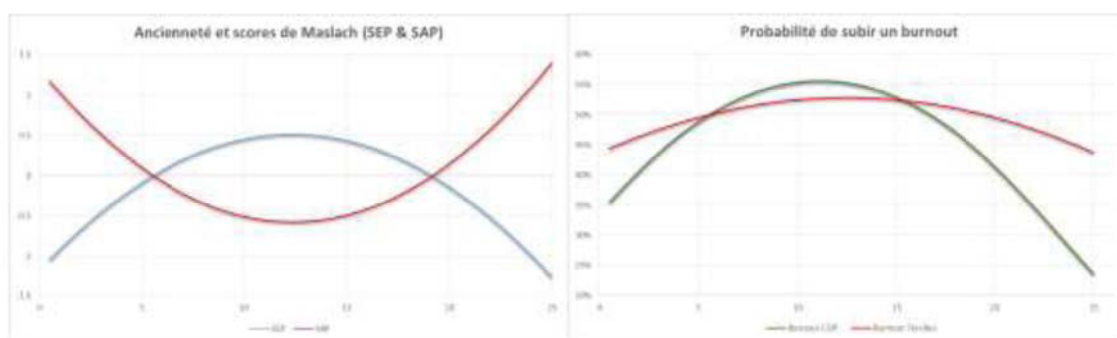
À l'exception de la profession, trois facteurs sociodémographiques testés ont en commun d'exercer un effet sur le seul épuisement émotionnel : le genre féminin, le célibat et la présence d'un enfant au domicile majorent tous de 1,5 à 2 points le score d'épuisement émotionnel, sans qu'un impact sur le burn out global soit perceptible. Le premier revêt une dimension particulière dans une population très majoritairement féminine. L'épuisement émotionnel constituant, selon certains auteurs (*v. chapitre 1*) la dimension nodale du burn out, ces données invitent également — par le truchement de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ou des activités et rôles sociaux respectivement dévolus aux hommes et aux femmes — à une approche biographique de l'exhaustogénèse et des ressentis de fatigue, intégrant le *cursus vitæ* du sujet, c'est-à-dire son positionnement dans les différentes étapes de sa vie professionnelle aussi bien que personnelle

(installation en couple, premier enfant, etc.) [Kohli, 1989]. La prise en considération de l'ancienneté, à laquelle nous allons maintenant nous consacrer, invite à poursuivre dans cette démarche.

1.3.1.2. Ancienneté

L'effet de l'ancienneté sur le burn out a été étudié à travers deux paramètres : l'ancienneté dans le métier actuel et l'ancienneté dans l'entreprise. Les deux variables étant fortement colinéaires, nous nous sommes concentré sur l'ancienneté dans le métier. La quadratisation permet d'affirmer que, dans notre population, l'ancienneté est liée au burn out non selon une relation linéaire, mais selon une courbe en U inversé (figure 3.1) :

- La relation entre ancienneté et épuisement émotionnel prend la forme d'un U inversé. L'épuisement émotionnel croît avec l'ancienneté jusqu'à un point de retournement à partir duquel il décline.
- À l'inverse, la relation entre ancienneté et accomplissement personnel respecte une courbe en U. L'accomplissement personnel diminue graduellement en première partie de carrière, avant de retrouver une pente ascendante.
- Nous n'avons décelé aucun effet significatif de l'ancienneté sur la dépersonnalisation — étonnamment, puisque nous avons dans le même temps montré que la prise d'âge correspond à une moindre dépersonnalisation, alors que l'on peut supposer âge et ancienneté liés (*v. supra*).
- Globalement, le lien entre ancienneté et burn out est statistiquement concluant, respectant lui aussi une courbe en U inversé, avec un burn out croissant sur toute la première partie de la carrière, avant de décroître. Le point d'inflexion est estimé à environ 12 ans d'ancienneté (11 ans chez les aides-soignants).



À gauche, SEP : score d'épuisement émotionnel. SAP : score d'accomplissement personnel.

À droite, lien entre ancienneté et burn out, mesuré selon la méthode des terciles (courbe rouge, la plus plate) (méthode non explicitée dans le présent manuscrit) ou selon les cut-offs (courbe verte, la plus prononcée). **Le risque de burn out est maximal à 11-12 ans d'ancienneté.**

Figure 3.1 • Relation entre ancienneté et burn out

Les contributions les plus nettes sur le burn out global résultent donc de la profession et de l'ancienneté, les autres variables sociodémographiques testées n'influant que sur l'épuisement émotionnel. Profession comme ancienneté contribuent à l'évidence à l'identité professionnelle même si, à ce stade, d'autres explications puissent être avancées : à une profession correspondent des missions et conditions de travail spécifiques, menant à des vécus de travail distincts, ou un positionnement hiérarchique et un prestige social propres, etc. L'impact de l'ancienneté et, partiellement, de l'âge, invite de son côté à une approche biographique, en termes de *curriculum professionis*, d'évolution professionnelle et de carrière.

Nous proposons d'interpréter ces données en formulant l'hypothèse qu'une carrière longue, telle que celle des soignants lorsqu'ils ne quittent pas prématurément la profession, est composée de trois phases identitaires partiellement imbriquées, dans lesquelles les variables sociodémographiques d'ordre personnel sont susceptibles d'intervenir comme variables modératrices n'agissant que sur l'épuisement émotionnel :

- Une phase « idéaliste » est caractérisée par l'acquisition des représentations et des idéaux personnels et professionnels, incluant la période de formation professionnelle, acquisition elle-même englobée dans un processus de construction d'une identité professionnelle idéale, voire idéalisée.
- Suit une phase « empirique », de maturation, de confrontation avec la réalité du métier (contenu réel du travail, apprentissage de l'environnement organisationnel, technique et humain, etc.), mais aussi d'acquisition de l'expérience, de la maîtrise des tâches, du professionnalisme. Selon nous, les idéaux construits durant la phase précédente jouent ici un

rôle moteur dans l'engagement du sujet, mais ils sont plus ou moins brutalement partiellement érodés voire remis en question par l'épreuve de la réalité, de sorte que cette phase est marquée par une double dynamique antagoniste : d'une part, celle du développement professionnel, d'autre part, celle de la déconstruction des idéaux. La vitesse perçue de développement personnel décroît inéluctablement puisque plus le soignant connaît son métier, moins il a de choses à apprendre (dit autrement, les gains de développement personnel finissent par devenir marginaux ou, pour paraphraser Marx, la propension naturelle du développement professionnel est la « baisse tendancielle du taux de profit » que le soignant peut en tirer en termes de professionnalisme), ce qui alimente la baisse du sentiment d'accomplissement personnel et finit par ne plus suffire à contre-balancer la déconstruction des idéaux, vécue comme une révision à la baisse, donc sur le mode de la perte et du deuil, conduisant à l'épuisement émotionnel. Remarquons au passage que cette approche semble compatible avec la théorie de la préservation des ressources de Hobfoll (le développement professionnel représentant l'acquisition de ressources nouvelles ou la croissance de ressources existantes, tandis que les idéaux s'apparentent eux-mêmes à des ressources menacées ou perdues).

- Enfin, une phase « pragmatique », de maturité, où les idéaux, mieux adaptés à la réalité, ont supplanté les ambitions initiales les plus fragiles, et peuvent être remis au service du développement professionnel, justifiant la recrudescence du sentiment d'accomplissement personnel et l'atténuation de l'épuisement émotionnel. Rappelons par ailleurs qu'un âge supérieur à 51 ans est associé à un moindre score de dépersonnalisation, ce qui peut être interprété soit comme un facteur supplémentaire de prévention du burn out, soit comme une conséquence de ces évolutions identitaires : le rapport au soigné ayant évolué, le mécanisme de défense afférent qu'est la dépersonnalisation peut lui aussi disparaître ou revêtir d'autres formes.

À ce stade, ces données ne permettent pas d'étoffer davantage ce modèle diachronique, ni d'affirmer sa validité. Mais il renforce la pertinence de nos hypothèses en esquisant une première articulation entre le burn out et divers processus identitaires, individuels ou collectifs.

1.3.1.3. Variables culturelles : religion et ressenti d'appartenance familiale

Il a été précisé au paragraphe 1.1., « Caractéristiques de l'échantillon » qu'environ trois quarts de nos répondants déclarent disposer de racines familiales, au moins partielles, en France. Environ 39 % des répondants ne se déclarent proches d'aucune religion ; les principales religions représentées sont le catholicisme (41 %) et l'islam (8 %) (v. *supra*, tableau 3.1).

La composante du burn out la plus sensible à l'appartenance religieuse est l'épuisement émotionnel : les religions traditionnelles africaines, le protestantisme, l'islam et les autres religions semblent des facteurs de risque statistiquement représentatifs, tandis que le judaïsme ou le bouddhisme semblent protecteurs. La dépersonnalisation n'apparaît pas sensible à la variable religieuse. Enfin, le protestantisme et le catholicisme induisent un accomplissement personnel plus soutenu. Au final, seul le protestantisme apparaît corrélé à la variable Burn out.

Il est délicat d'interpréter de telles données, notamment lorsqu'elles portent sur des effectifs parfois très restreints, ou parce qu'il est impossible de déterminer si la réponse « aucune religion » dissimule l'athéisme ou le refus de répondre, ce qui introduit un biais. Par ailleurs, il n'est même pas possible d'affirmer ici si la proximité avec une religion ou spiritualité quelle qu'elle soit constitue, globalement, un facteur de risque ou de protection face aux composantes du burn out, ce qui ne converge pas avec une partie de la littérature, qui considère que la spiritualité est une ressource face au burn out.

Pour finir, il convient de s'interroger sur l'existence de possibles « variables cachées ». Les techniques de régression utilisées permettent, en raisonnant « toutes choses égales par ailleurs », d'écarter la possibilité d'un impact croisé de la religion et d'autres variables testées (profession, etc.) ; toutefois, les répondants proches de l'islam ou des religions traditionnelles africaines, qui montrent un épuisement émotionnel significativement supérieur, nous semblent davantage susceptibles — par leur appartenance à des « minorités visibles » ? — d'être exposés à des épisodes de discrimination raciale dans leur travail. Il est d'ailleurs possible que l'argument s'applique aux répondants de religion protestante, dans la mesure où cette catégorie englobe aussi bien les protestantismes européens historiques que les mouvements évangéliques dont le développement est soutenu dans certaines régions du monde (en Afrique notamment). L'absence de questions raciales dans notre questionnaire n'autorise pas d'analyse plus poussée, mais il est impossible d'écarter des épisodes localisés de racisme ordinaire, des tensions

intercommunautaires lorsque la composition des équipes s'y prête, ou des attitudes aujourd'hui perçues comme racistes de la part des personnes prises en soin, dont certaines sont suffisamment âgées pour avoir connu et faire perdurer des rapports intercommunautaires de type colonial.

L'introduction de l'**origine géographique** du répondant améliore la qualité globale des équations économétriques, et apparaît sporadiquement significativement corrélée à une ou plusieurs dimensions du burn out (tableau 3.9) :

- l'épuisement émotionnel apparaît significativement plus faible chez les répondants dont les origines familiales sont en Aquitaine, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, PACA ou en Amérique latine ;
- la dépersonnalisation est significativement plus faible chez les répondants originaires de six régions françaises (Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire et Picardie) et du Proche ou Moyen-Orient, et significativement supérieur chez les sujets venant de la région PACA ;
- enfin, l'accomplissement personnel est plus faible pour les personnes originaires des quatre régions d'un grand quart sud-est (de PACA à la Bourgogne), mais plus soutenu pour la Picardie et, plus encore, l'Océanie.

Au final, il est toutefois impossible de tirer la moindre conclusion de ces données, pour au moins quatre raisons d'importance variable : i) bien que la Picardie et PACA soient corrélées aux trois dimensions du burn out, ni ces deux régions de provenance ni aucune autre ne sont corrélées avec la variable Burn out global ; ii) la variable Origine géographique se révèle fortement colinéaire à la variable Religion. Affiner les calculs pour individualiser l'impact de ces deux facteurs aurait nécessité de créer autant de variables que de combinaisons Origine géographique / Religion possibles, ce qui compte tenu des microeffectifs de nombre de combinaisons, se serait immanquablement avéré *in fine* non pertinent ; iii) l'absence d'informations quant à la représentativité de l'échantillon par rapport à la population soignante en France empêche tout redressement, les coefficients de régression devant donc être considérés avec circonspection ; iv) enfin, l'anonymat des réponses empêche par exemple de déterminer si le répondant exerce dans sa région d'origine, donc si et dans quelle mesure il souffre de déracinement.

Compte tenu de ces réserves, nous ne retiendrons donc, à ce stade, pas la variable Origine géographique dans nos analyses. Mais le comportement de la variable Religion suggère qu'elle intervient elle aussi comme modérateur du burn out via l'épuisement émotionnel.

La contribution des variables sociodémographiques au burn out est donc disparate, mais nos données conduisent à penser que les effets des deux déterminants du burn out global (profession et ancienneté) sont modérés, majoritairement via la composante de l'épuisement émotionnel, par les autres variables sociodémographiques testées (genre, nombre d'enfants au domicile, célibat, religion). La nature de ces deux déterminants confortant notre hypothèse identitaire.

Reste à déterminer si les autres types de facteurs — notamment organisationnels — ouvrent d'autres perspectives, éventuellement complémentaires, d'explication : telle est la tâche à laquelle nous allons maintenant nous atteler.

1.3.2. Déterminants organisationnels

Plusieurs des paramètres testés dans notre étude entrent dans le spectre des déterminants organisationnels du burn out, au sein desquels nous avons distingué, dans le chapitre 2, les cadres formels et informels du travail et les déterminants liés au vécu de travail.

1.3.2.1. Cadres formels et informels du travail

Nous avons notamment compté au nombre des cadres formels du travail la nature du contrat de travail et le type d'établissement, tandis que les cadres informels englobaient l'environnement de travail et la qualité du soutien organisationnel et social — soutien organisationnel auquel nous rattachons ici l'information dont dispose le répondant sur la maladie d'Alzheimer, seul paramètre testé dans notre étude.

Disposer d'un **contrat de travail** à durée indéterminée (CDI) majore le score d'épuisement émotionnel et minore le score d'accomplissement personnel — de moins de 1,5 point néanmoins dans les deux cas (tableau 3.8). Ce résultat est intéressant car contre-intuitif : il eût en effet été légitime de penser que l'anticipation de la fin du contrat, les démarches nécessaires pour trouver un nouvel emploi et/ou l'insécurité voire la précarité économique afférente, ou le surengagement dans le travail dans l'espoir que le contrat soit prolongé ou transformé en contrat à durée indéterminée pussent conduire à un risque de burn out plus élevé. Nous n'avons toutefois pu montrer aucune corrélation entre le type de contrat de travail et la variable Burn out.

L'étude de la durée contractuelle du travail montre, semblablement, que plus le temps de travail est court, moins l'épuisement émotionnel est soutenu : – 3 points pour un poste à 40 %, et – 2 points pour un poste à 60 %.

Deuxième paramètre testé, l'influence du **type d'établissement ou de service** sur le niveau de burn out des soignants y travaillant est contrastée :

- l'épuisement émotionnel est minoré dans les établissements de SSR polyvalent et dans les unités protégées Alzheimer, et majoré en SSR gériatrique ;
- le score de dépersonnalisation est minoré dans les unités protégées Alzheimer et majoré en SSR gériatrique ;
- enfin, le score d'accomplissement personnel est majoré en SSR polyvalent et en accueil de jour.

Globalement toutefois, il n'a pas été possible de mettre en évidence un impact significatif du type de structure sur la variable Burn out. Des sources orales, internes au groupe ORPEA, nous ont indiqué que la moyenne d'âge en SSR gériatrique comptait parmi les plus faibles, de sorte que l'absence d'expérience et de formation spécifique à la maladie d'Alzheimer peut être invoquée pour expliquer la plus grande susceptibilité à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation des soignants y exerçant. À l'inverse, le travail en unité protégée Alzheimer s'effectue, dans la très grande majorité des cas, sur la base du volontariat (et dans des unités jouissant d'un meilleur ratio soignants par patient), ce qui peut rendre compte de son effet « protecteur » face à certaines composantes du burn out.

Enfin, la dernière variable testée dans cette catégorie concernait l'importance ressentie d'une bonne **information sur la maladie d'Alzheimer**. Ce paramètre diminue faiblement, mais de manière très significative, le risque de burn out global en agissant sur chacune de ses trois composantes. Ce résultat tend à corroborer un facteur mentionné ci-dessus à propos de l'exercice en SSR gériatrique et à la moindre formation à la maladie d'Alzheimer dont disposent les soignants.

Les plus significatives de ces données (le CDI et le temps plein comme facteurs de risque d'épuisement émotionnel, voire de risque d'affaiblissement de l'accomplissement personnel pour le CDI) nous semblent révélatrices d'une des apories dont souffre la gérontologie : alors qu'ils représentent le niveau le plus élevé de sécurité économique et professionnelle et que la précarité

est fréquemment considérée comme un facteur de souffrance au travail, le CDI et le travail à temps plein ne suffisent paradoxalement pas à contrebalancer les dimensions les plus exhaustogènes du secteur — et en constituent peut-être même des facteurs aggravants. Face à l'absentéisme et à une frange de la population soignante employée à temps partiel ou à titre temporaire, les salariés en CDI et à plein temps constituent en effet le socle sur lequel repose un édifice de plus en plus pesant, expérimenté, opérationnel, connaissant la tâche, les soignés, les familles et les rouages de l'organisation — et chargé de la formation d'un personnel temporaire dont la rotation est parfois rapide, amplifiant encore le mouvement d'intensification du travail. Dans le même temps, ce statut peut également, dans une certaine mesure, concrétiser pour le titulaire l'absence de perspectives professionnelles et une sensation d'acculement dans une carrière qui ne répond que partiellement ou pas du tout à ses attentes. Par contraste, travailler à temps partiel peut permettre, dans cette optique, de se livrer à d'autres occupations personnelles ou professionnelles, ressourçantes, moins tensiogènes ou plus gratifiantes.

Au final, l'impact des cadres du travail nous semble procéder de différents vécus d'impuissance, d'acculement, de débordement, de dépassement des capacités dont dispose le sujet pour faire face. Ces débordements définissent classiquement le stress, dont la chronicisation est sensible dans l'influence de facteurs structurels tels que le CDI et le temps complet sur l'épuisement émotionnel. S'inscrivant dans la durée, ces ressentis — d'ordre émotionnel, donc habituellement fugaces — sont susceptibles d'interférer avec l'identité par divers mécanismes cognitifs et conatifs. La perte de contrôle est la plus communément mise en avant, par exemple dans le modèle Job Demands/Control de Karasek, mentionné dans notre chapitre 1, qui fait écho à un principe fondamental de la psychologie du risque et de la santé, selon lequel plus un élément est considéré par un sujet comme contrôlable par lui, moins la perception des risques afférents est aiguë, donc moins le stress est intense [Peretti-Watel, 2000 ; Kouabenan et al., 2006]. Nous rapprochons cette perte de contrôle de deux notions psychanalytiques, qui ramènent toutes les deux à nos hypothèses :

- d'une part, les vécus d'impuissance évoquent à la fois les situations de débordement du système pare-excitation (effraction narcissique, trauma) et la détresse impuissante caractérisant la totale dépendance du nouveau-né dans les premières semaines de sa vie, diversement dénommée ou utilisée chez plusieurs auteurs majeurs (prématurité du petit

d'homme chez Lacan, agonie primitive chez Winnicott, expérience agonistique chez Roussillon, etc.) [Lacan, 1938 ; Winnicott, 1974 ; Roussillon, 1999] ;

- d'autre part, le contrôle suggère la « maîtrise », qui vise à rendre un objet inoffensif en acceptant son introjection tout en utilisant cette introduction en soi-même « pour obtenir les bienfaits liés à la représentation phallique, devenue positive, de cet objet » [Bergeret, 1995, p. 664]. La maîtrise est directement liée à l'analité, puisque si la violence fondamentale pousse d'abord au rejet de l'objet, elle incite dans un second temps à sa contention ; elle est également liée au narcissisme, dans la mesure où le sujet ne saurait accéder à la complétude narcissique, i.e. œdipienne, sans une érotisation réussie des moments prégénitaux tant autoérotiques qu'homoérotiques, tant oraux qu'anaux, mouvement qui implique à la fois aussi bien le narcissisme primaire que le narcissisme secondaire, culminant à la seconde période anale [Bergeret, 1995, p. 666].

La perte de contrôle passe manifestement par la submersion ou la disparition des ressorts matériels ou symboliques — les « ressources » chez Hobfoll (v. chapitre 1) —, dans lesquelles le sujet puise et dont la présence ou l'absence sont susceptibles d'affecter sa capacité à faire face : environnement et conditions de travail (d'où l'impact du type d'institution ou de service sur l'épuisement émotionnel), potentiel « régénérateur » du temps libre ou de la diversité des tâches éventuellement liée à des emplois multiples, connaissances sur la maladie d'Alzheimer (avec un impact direct de maîtrise des comportements difficiles lorsqu'ils surviennent, et un impact indirect sur la confiance en soi, liée à la conscience de disposer de ces connaissances si le besoin s'en fait sentir), etc.

Les cadres du travail constituent ici un premier niveau de réalité venant se confronter au Moi pour le renforcer (accomplissement personnel) ou le frustrer (épuisement émotionnel). Les différents vécus de travail représentent un second niveau de réalité, susceptible d'éclairer les mécanismes à l'œuvre et dont nous voudrions à présent examiner l'impact.

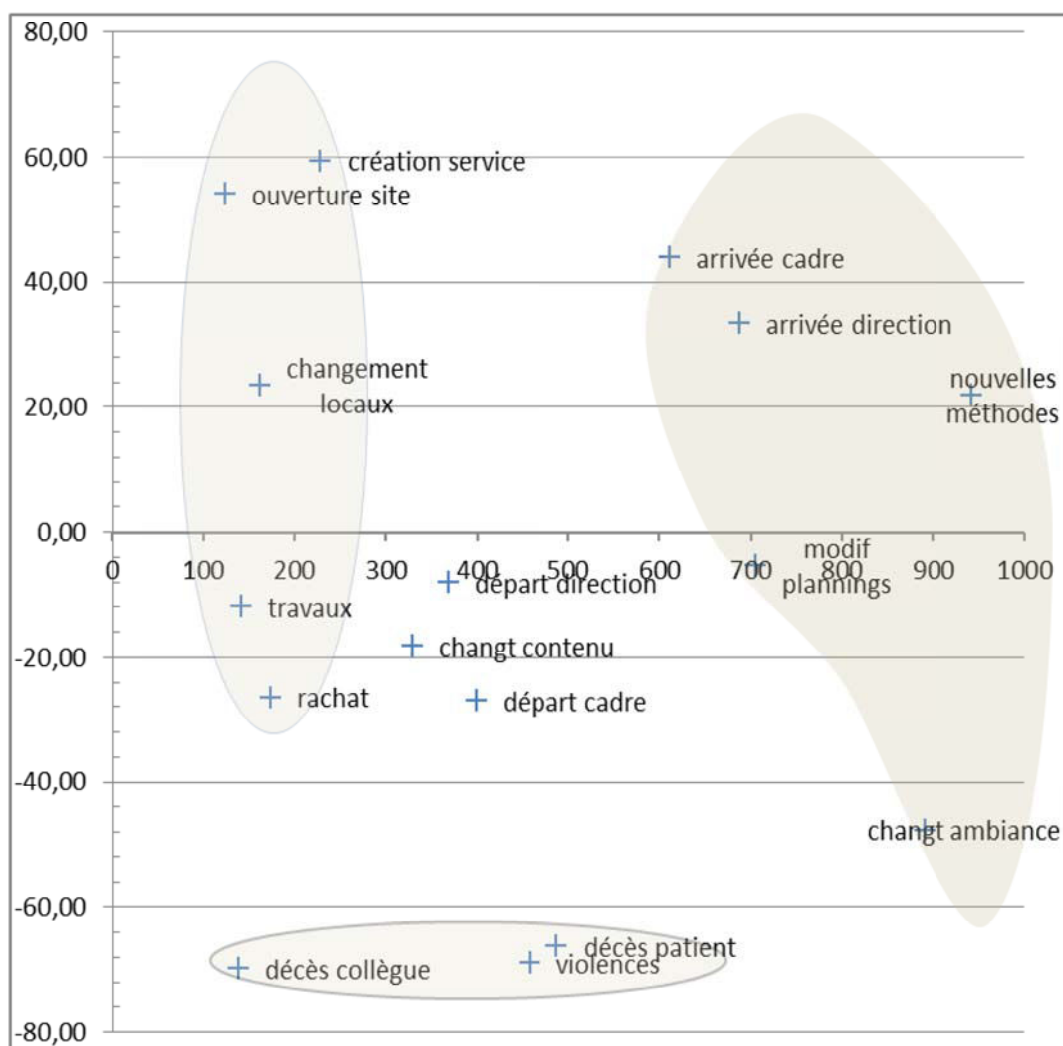
1.3.2.2. Déterminants liés au vécu de travail

C'est la question n° 38 (« Ces derniers mois, quel(s) événement(s) important(s) votre établissement a-t-il connu(s) selon vous ? Chacun de ces événements a-t-il eu pour vous un impact plutôt négatif ou plutôt positif ? ») qui a vocation à explorer le lien entre burn out et

déterminants liés au vécu de travail, en proposant aux répondants d'évaluer l'impact pour eux de 16 types d'événements organisationnels.

Compte tenu d'effectifs insuffisants lors de l'établissement des tableaux de contingence, il nous est impossible de tirer la moindre conclusion solide quant à d'éventuels liens statistiques entre les événements organisationnels testés et le burn out. Cette situation inattendue se révèle décevante puisqu'elle prive certaines de nos hypothèses (par exemple, sur le lien entre situations traumatiques et burn out) de substrat statistiquement robuste. Sans lever cette hypothèque, les statistiques descriptives apportent toutefois quelques données éclairantes quant à la hiérarchie des événements perçus comme le plus porteurs de répercussions — *négatives ou positives* — pour les soignants.

Nous avons synthétisé ces données dans le tableau 3.6, en proposant une typologie des événements organisationnels en **quatre pôles thématiques** : 1) un pôle *ambiantiel*, centré sur la relation humaine entre les différents professionnels l'établissement (qu'elles appartiennent ou non à un même collectif de travail) ; 2) un pôle *organisationnel*, lié aux changements de contenu et d'organisation du travail ; 3) un pôle *traumatique*, regroupant les événements subits confrontant le soignant à la mort ou à une menace de mort, réelles ou symboliques ; et 4) un pôle *structurel*, qui rassemble les modifications des cadres physiques ou médico-administratifs de travail.



Abscisses : occurrences de l'événement (nombre de questionnaires où l'événement est cité).
Ordonnées : perception globale = % impact positif – % impact négatif

Figure 3.2 • Perception globale des événements organisationnels.

La figure 3.2, qui couple un indicateur sommaire de notre cru — la « perception globale », définie, pour chaque événement, comme la différence entre la proportion de soignants considérant qu'il a un impact positif, et celle considérant qu'il a un impact négatif — et l'occurrence de chaque événement, met en évidence trois groupes d'événements :

- tous les événements du pôle structurel ont en commun des occurrences relativement faibles (moins de 250), sans cohésion nette en terme de perception globale, de sorte que ce pôle nous semble relativement secondaire ;

Thématique (% du nb total de réponses)	% des réponses	Réponses	Nb de citations	% / total répondants (N = 2 602)	Type d'impact	Effectif	Fréquence (%)
AMBIANCE (43,19 %)	13,01 %	changement de l'ambiance générale dans l'équipe	892	34,3	Impact négatif	611	68,50
					Impact positif	186	20,85
					Aucun impact (ni + ni -)	79	8,86
					Les deux (+ et -)	16	1,79
	10,04 %	arrivée d'une nouvelle direction	688	26,4	Impact positif	409	59,45
					Impact négatif	180	26,16
					Aucun impact (ni + ni -)	75	10,90
					Les deux (+ et -)	24	3,49
	8,93 %	arrivée d'un nouveau cadre de santé	612	23,5	Impact positif	399	65,20
					Impact négatif	130	21,24
					Aucun impact (ni + ni -)	64	10,46
					Les deux (+ et -)	19	3,10
	5,82 %	départ de l'ancienne direction	369	14,2	Impact négatif	176	47,70
					Impact positif	146	39,57
					Aucun impact (ni + ni -)	35	9,49
					Les deux (+ et -)	12	3,25
	5,38 %	départ de l'ancien cadre de santé	399	15,3	Impact négatif	226	56,64
					Impact positif	118	29,57
					Aucun impact (ni + ni -)	38	9,52
					Les deux (+ et -)	17	4,26
TRAUMA (15,83 %)	7,12 %	décès brutal ou inattendu d'un patient ou résident	488	18,8	Impact négatif	362	74,18
					Aucun impact (ni + ni -)	71	14,55
					Impact positif	39	7,99
					Les deux (+ et -)	16	3,28
	2,03 %	décès brutal ou inattendu d'un(e) collègue	139	5,3	Impact négatif	110	79,14
					Aucun impact (ni + ni -)	15	10,79
					Impact positif	13	9,35
					Les deux (+ et -)	1	0,72
	6,68 %	violences, blessures, agressions sur le soignant ou un(e) collègue	458	17,6	Impact négatif	369	80,57
					Impact positif	53	11,57
					Aucun impact (ni + ni -)	24	5,24
					Les deux (+ et -)	12	2,62

xxx : impact majoritairement négatif ; **xxx** : impact majoritairement positif ; xxx : perception de l'impact clivante.

(a) Fréquence de citation, exprimée en fonction du nombre total d'événements cités par l'ensemble des répondants (6 854).

(b) Total supérieur à 100 % : plusieurs réponses possibles par questionnaire/répondant.

Thématique (% du nb total de réponses)	% des réponses	Réponses	Nb de citations	% / total répondants (N = 2 602)	Type d'impact	Effectif	Fréquence (%)
ORGANISATION (28,86 %)	13,76 %	application de nouvelles méthodes de travail, de nouvelles procédures	943	36,2	Impact positif	528	55,99
					Impact négatif	321	34,04
					Aucun impact (ni + ni -)	57	6,04
					Les deux (+ et -)	37	3,92
	10,30 %	modification des plannings de travail	706	27,1	Impact négatif	325	46,03
					Impact positif	287	40,65
					Aucun impact (ni + ni -)	73	10,34
					Les deux (+ et -)	21	2,97
	4,80 %	changement du contenu du travail	329	12,6	Impact négatif	180	54,71
					Impact positif	120	36,47
					Aucun impact (ni + ni -)	24	7,29
					Les deux (+ et -)	5	1,52
STRUCTURE (12,12 %)	2,54 %	changement de propriétaire, rachat par un groupe	174	6,7	Impact négatif	99	56,90
					Impact positif	53	30,46
					Aucun impact (ni + ni -)	15	8,62
					Les deux (+ et -)	7	4,02
	3,34 %	création d'un nouveau service ou d'une nouvelle activité de soins	229	8,8	Impact positif	173	75,55
					Impact négatif	37	16,16
					Aucun impact (ni + ni -)	15	6,55
					Les deux (+ et -)	4	1,75
	1,81 %	création, ouverture de l'établissement	124	4,8	Impact positif	89	71,77
					Impact négatif	22	17,74
					Aucun impact (ni + ni -)	8	6,45
					Les deux (+ et -)	5	4,03
	2,36%	changement ou création de locaux	162	6,2	Impact positif	96	59,26
					Impact négatif	58	35,80
					Aucun impact (ni + ni -)	7	4,32
					Les deux (+ et -)	1	0,62
	2,07 %	fermeture pour travaux ou transfert	142	5,5	Impact négatif	73	51,41
					Impact positif	56	39,44
					Aucun impact (ni + ni -)	10	7,04
					Les deux (+ et -)	3	2,11
	100 %	TOTAL	6854	(b)			

Tableau 3.6 • Impact des principaux événements organisationnels (question n° 38).

- le pôle traumatique, qui se démarque tout aussi distinctement, se caractérise par des perceptions globales très négatives, et des occurrences relativement élevées dans deux cas sur trois (458 et 488 répondants), ce qui en fait un pôle critique et rend d'autant plus frustrante l'absence de corrélations décelables avec le burn out dans la présente étude ;
- enfin, quatre événements se singularisent par leur fréquence élevée et leur perception globale tranchée (arrivée d'un nouveau directeur ou cadre de santé, nouvelles méthodes de travail, pour les perceptions globales positives, et dégradation de l'ambiance, pour la perception négative).

Cette analyse relativement fruste nous semble dégager deux idées forces. D'une part, ces quelques données conduisent à proposer une liste resserrée d'événements sentinelles, en retenant deux critères simples : la fréquence de citation et un impact négatif exprimé par plus de 40 % des répondants — ce seuil étant délibérément choisi afin d'intégrer les événements clivants, c'est-à-dire partageant la population en deux sous-groupes de tailles sensiblement équivalentes, percevant pour un même événement un impact l'un positif, l'autre négatif. Cette double règle restreint, à notre sens, à 7 le nombre d'événements sentinelles à suivre en pratique : modification des plannings, départ du directeur ou du cadre de santé, changement d'ambiance, décès brutal d'un patient ou d'un collègue, et violences.

D'autre part — et surtout —, cette description montre la prédominance du facteur interpersonnel, prégnant dans les pôles ambiantiel et traumatique, et souligne l'importance accordée au pôle organisationnel, reléguant le pôle structurel à un rang subalterne. Derrière cette préoccupation nous semble de nouveau affleurer la question de l'identité : identité collective et professionnelle via la cohésion du collectif de travail soignant ou les rapports entre collectifs de travail soignant et managérial, et identité personnelle, qu'elle soit engagée directement (trauma vrai) ou indirectement, dans les mécanismes de deuil, d'empathie, de compassion, donc d'identification, liés aux traumatismes secondaires ou vicariants — constituant toujours des événements à la fois subits et subis, incontrôlabilité formant un déterminant majeur de l'effraction narcissique et du potentiel traumatique d'une situation.

Ce pan de l'étude a donc permis de montrer l'impact des cadres du travail sur l'épuisement émotionnel, mais pas sur le burn out global : l'épuisement émotionnel fluctue en fonction du type d'établissement ou de service dans lequel travaille le soignant, de son degré d'information sur la

maladie d'Alzheimer, mais aussi de son contrat et de son temps de travail. S'il s'est en revanche révélé impossible de lier formellement burn out et vécus de travail, nous avons pu mettre en évidence certains événements organisationnels porteurs d'enjeux, notamment négatifs, aux yeux des soignants. L'ensemble apporte quelques arguments, de robustesse variable, étayant notre conception du burn out d'abord comme une perturbation narcissique : les stressseurs plus ou moins classiquement décrits (événements organisationnels et vécus traumatiques) n'acquerraient leur caractère exhaustogène que parce qu'ils finissent par affecter les différentes facettes de l'identité des soignants. Reste à examiner si les déterminants liés à la personnalité que nous avons jusque lors laissés de côté, corroborent ces pistes.

1.3.3. Personnalité, fixation psychosexuelle et burn out

Ce paragraphe s'intéresse à deux groupes de facteurs plus rarement, voire jamais, étudiés dans la littérature consacrée au burn out : il s'agit de tester la solidité de nos hypothèses liée d'une part à une prédominance psychosexuelle dans le burn out (1.3.3.1.), d'autre part à une possible concordance entre burn out et types d'attitudes en cas de difficultés professionnelles (1.3.3.2.).

1.3.3.1. Déterminants psychosexuels

L'hypothèse que nous entendions ici tester se fonde sur les nombreux liens décelés, dans la littérature, entre burn out et personnalité. L'identité du sujet serait ici mise en jeu via différents traits de caractère résultant de la fixation de la pulsion, sur un mode plutôt oral, anal ou génital. Le dispositif mis en œuvre, conçu par nos soins, englobe ici les questions 39 à 42 du questionnaire, et a été présenté dans notre chapitre 2.

Nos résultats se révèlent néanmoins si ambigus que nous avons choisi de ne pas en tenir compte ici, mais d'en faire état en Annexe 7. Les qualités psychométriques des scores d'oralité, d'analité et de phallicité du test que nous avons conçu ne satisfont en effet pas les critères de cohérence interne auxquels nous l'avons ultérieurement soumis (coefficient α de Cronbach et critère de Kaiser, Meyer et Ohlin), et il aurait semblé hasardeux d'utiliser ces données dans nos analyses ultérieures.

L'étude des comportements adoptés face aux difficultés en situation professionnelle que nous avons tentée s'en en revanche montrée plus concluante.

1.3.3.2. Les attitudes face aux difficultés professionnelles, entre évacuation et retrait

Le burn out résultant, dans l'approche maslachienne, d'un stress chronique, notre question n° 37 visait à mesurer la fréquence de diverses réactions comportementales face aux difficultés professionnelles, puis à étudier leurs relations éventuelles avec le burn out et la dynamique pulsionnelle.

Réponse comportementale	Nb de réponses	Fréquence (%)
En parler avec vos collègues	1 162	45,98
Partir en vacances	975	38,58
En parler avec votre conjoint	728	28,81
Allumer une cigarette	708	28,02
Vous défouler en faisant du sport	631	24,97
Rentrer chez vous jusqu'au lendemain	578	22,87
En parler avec des amis	511	20,22
Changer d'employeur	468	18,52
Dormir	419	16,58
Changer de métier	394	15,59
Tout plaquer	353	13,97
Vous mettre en colère	353	13,97
Vous taire et faire comme si de rien n'était	270	10,68
Manger	225	8,90
Changer de service	220	8,71
Boire un verre	173	6,85
Consulter un médecin ou un psychologue	122	4,83
Aucune de ces proposition	73	2,89

(N = 2 602 ; 75 valeurs manquantes ; plusieurs réponses possibles par répondant)

Tableau 3.7. • Attitude face aux difficultés professionnelles : fréquence des réponses.

Le tableau 3.7, qui classe les comportements selon leur fréquence, montre cinq réponses rapportées par plus de 25 % des répondants : le dialogue avec les collègues ou le conjoint, le départ en vacances, la pause cigarette et la pratique du sport, ces deux derniers points évoquant le besoin d'évacuer des tensions à très court terme.

Une analyse en composantes principales permet de distinguer deux axes factoriels, donc deux profils marqués de réponses. Le premier groupe est dominé par la *dérivation*, l'évacuation des tensions par la parole ou le sport ; le deuxième groupe est caractérisé par le *désinvestissement* et le *retrait*, l'envie de changement, l'emportement et la rupture du lien avec l'organisation ; enfin, un troisième groupe de comportements est intermédiaire entre ces deux pôles (figure 3.3).

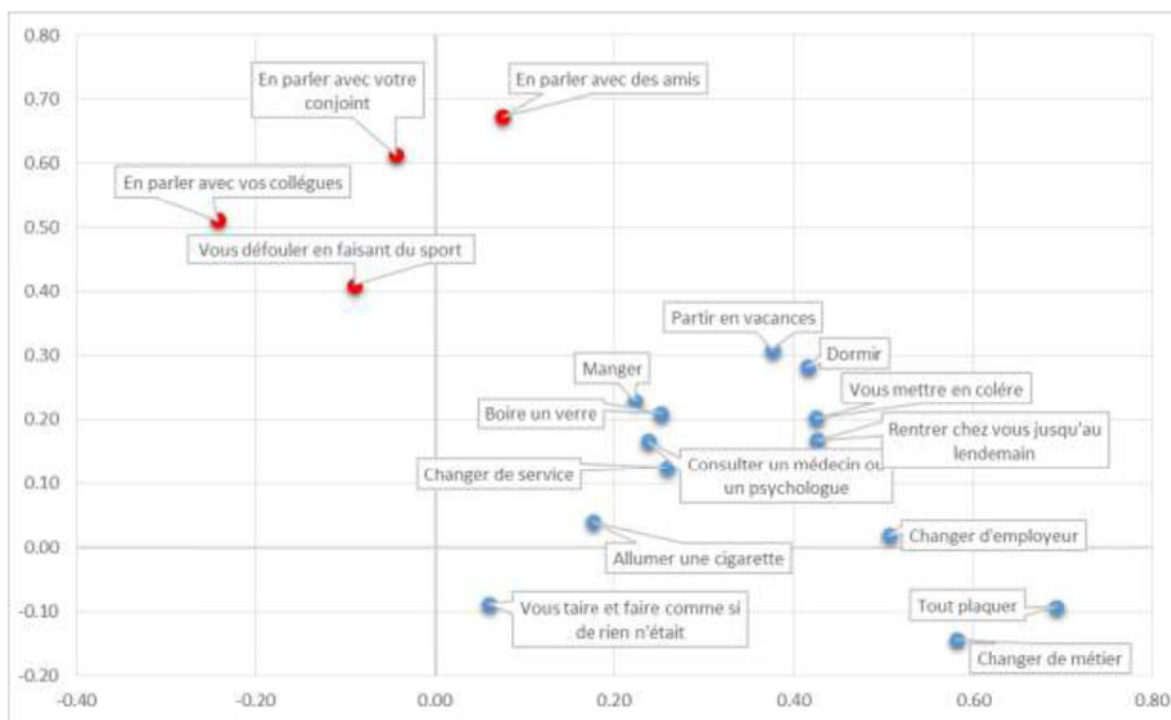


Figure 3.3. • Typologie des comportements en fonction de leur radicalité et de leur sociabilité.

L'intégration de ces deux variables fortement explicatives dans le modèle économétrique général montre un gain de qualité important :

- les attitudes de désinvestissement sont positivement et très significativement corrélées avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (dont elles augmentent les scores respectifs de 43 % par rapport aux scores de référence), et négativement et très significativement corrélées avec l'accomplissement personnel, avec un impact plus limité (– 4,7 %). Partant, ce groupes d'attitudes est corrélé positivement et significativement avec la variable Burn out global (régression logistique) ;
- les attitudes dérivatives sont négativement et très significativement corrélées avec l'épuisement émotionnel et positivement et très significativement corrélées avec l'accomplissement personnel. Le lien avec la dépersonnalisation n'apparaît pas significatif. Ce groupe d'attitudes est très significativement et négativement corrélé avec la variable Burn out global, avec un impact relativement limité (– 7,5 %).

Nous tirons de l'ensemble une double conclusion opérationnelle:

- les attitudes de retrait semblent pouvoir être considérées comme les signaux d'un burn out élevé, induisant probablement une réaction à très court terme de la part de l'employeur — à

supposer que l'intention de quitter la société ou le métier du soignant puisse encore être contre-balancée ;

- face aux difficultés, les attitudes dérivatives (dialogue, pratique sportive) ont par définition un effet libérateur qui semble permettre de maintenir le burn out à des niveaux acceptables et ouvrent en conséquence de possibles pistes de prévention. Le recours aux différents modes de dialogue peut par ailleurs être lu, outre leur rôle potentiel d'exutoire, à un niveau manifeste comme la recherche d'informations ou de conseils, ou à un niveau latent, comme la recherche de l'écoute d'un tiers, i.e. comme une demande de reconnaissance en même temps qu'un mode d'acquisition de ressources informationnelles et symboliques. Notons toutefois que l'effet protecteur des attitudes dérivatives est beaucoup moins marqué que ne l'est l'impact des comportements radicaux, et que le design de notre étude ne permet pas de conclure quant à la durabilité de cet effet à mesure, par exemple, que le soignant avance dans sa carrière.

La formulation des questions concernées induit une certaine constance dans le type de comportements adoptés face aux difficultés professionnelles, caractère structurant susceptible d'accréditer l'hypothèse d'un lien avec les traits de personnalité, du moins d'une tendance à adopter un certain type de réactions. Si nos résultats ne suffisent pas, à notre sens, à *démontrer* que ces attitudes sont conditionnées par les différentes modalités de la fixation psychosexuelle en tant que facteurs structurants de la personnalité, ils *suggèrent* que ces réactions puissent être partiellement déterminées par des mouvements pulsionnels de type oral ou anal, dont la fonction nous semble être de protéger le Moi d'une menace perçue de débordement ou d'effraction (ici, une « difficulté professionnelle »). Nous en concluons que les attitudes de type dérivatif protégeraient du burn out en permettant au sujet de maintenir la source de difficulté hors du Moi (ou de l'expulser, ce qui suppose une introjection préalable, i.e. un processus d'abord oral, puis anal), tandis que les attitudes désinvesties marquent l'échec de cette extériorisation, consécutive à une introjection suivi d'un conflit intrapsychique, dont la consommation énergétique peut expliquer le burn out.

Conclusion

Cet ample volet quantitatif de notre recherche apporte des résultats contrastés.

Sur le plan *épidémiologique et psychométrique*, il détecte une prévalence du burn out modérée, affectant 8,4 % des répondants, mais nous semble interroger l'instrument de mesure utilisé (ici, le MBI) et, partant, la définition même du burn out.

L'analyse des *déterminants socio-démographiques* montre un impact du métier, de l'ancienneté et, dans une moindre mesure et de la religion sur le burn out. Les *déterminants organisationnels* les plus fortement impliqués sont l'exercice en CDI et le travail à temps plein. Nos résultats suggèrent un effet protecteur du travail en unité protégée et de l'information disponible sur la maladie. L'étude des événements organisationnels n'a pu être significativement corrélée au burn out, mais a souligné la primauté du facteur interpersonnel en termes d'impact des événements testés. Enfin, notre approche des *déterminants psychosexuels* souffre de faiblesses méthodologiques telles que nous ne nous sentons fondé à ne tirer aucune conclusion quant au rôle de l'oralité et de l'analité dans l'exhaustogénèse.

De ce point de vue, il n'est donc à ce stade possible ni de confirmer, ni d'infirmer notre hypothèse initiale selon laquelle les événements organisationnels et les vécus d'agression interfèrent avec les différentes facettes de l'identité du soignant pour initier l'exhaustogénèse.

Enfin, ces données nous ont permis d'émettre deux propositions théoriques. La première, issue d'une approche biographique et développée dans le paragraphe 1.3.1.2., « Ancienneté », distingue trois phases identitaires (successivement idéaliste, empirique et pragmatique) dans une carrière soignante longue. La seconde, formulée à partir de nos résultats sur les attitudes adoptées face aux difficultés professionnelles, évoque la possibilité de mécanismes de maintien ou de mise à distance, destinés à défendre le Moi d'une menace de débordement.

Ces résultats partiels invitent donc à relativiser — dans notre population d'étude du moins — le poids des déterminants organisationnels, alors qu'une partie de la littérature en fait le levier d'analyse et d'action central en matière de burn out, et à se tourner davantage vers la dimension subjective, notamment dans la relation au soigné ou entre collègues, etc. Précisément, parmi les 2 602 réponses reçues figurait un nombre inestimable de questionnaires sur lesquels la question

libre n° 43 avait été remplie, qui nous a conduit à légèrement infléchir notre méthodologie initiale et à exploiter les contenus ainsi recueillis. C'est à cette analyse thématique que la section 2 est consacrée.

2. Analyse thématique de la réponse libre à la question n° 43

La question n° 43, « Si vous souhaitez formuler une remarque, un commentaire, une suggestion... » a donné lieu à 460 réponses (intégralement reproduites dans l'Annexe 5, dans leur ordre chronologique d'arrivée et de scannérisation). Compte tenu de l'importance numérique, qui nous a surpris puisque près de 20 % des répondants avaient renseigné cette « libre réponse », il nous a semblé pertinent d'ajuster notre dispositif de recherche en intégrant ces réponses au volet qualitatif de notre recherche. À l'exception de quelques-unes dont le contenu est trop peu informatif eu égard à notre objet d'étude (par exemple, « Désolé pour les ratures ! » ou « RAS »), ces réponses ont donc été soumises à analyse en vue de reconstituer les discours et l'enchevêtrement des chaînes causales. Sept thèmes, de poids inégaux, ont pu être identifiés (tableau 3.8).

Thèmes	Sous-thèmes	Nombre d'occurrences
Qualité du questionnaire		76
Conditions de travail (135 occurrences)	Manque de personnel	80
	Charge de travail	39
	Moyens matériels	16
Reconnaissance (121 occurrences)	Reconnaissance	64
	Salaires	57
Interactions sociales (113 occurrences)	Ambiance, collectif	41
	Le souci du résident	35
	Direction du site	29
	Familles	8
Satisfaction au travail		33
Rentabilité, finance		20
Formations		13

Tableau 3.8 • Répartition thématique des réponses apportées à la question n° 43
(nombre total de réponses : 460)

2.1. Un questionnaire inadapté, voire partial ?

Quoiqu'elles n'arrivent qu'en deuxième position en termes de fréquence (76 répondants), les remarques concernant le questionnaire lui-même peuvent être évoquées dès à présent, pour être mieux évacuées puisqu'adressées à l'outil, donc d'ordre plus technique. Parmi ces 76 personnes, 13 expriment un sentiment positif, remerciant de la démarche ou demandant un retour d'informations ; 63 émettent donc des réserves, parfois véhémentes ou inattendues :

- 24 personnes critiquent la formulation d'au moins une des questions relevant du MBI (trop compliqué, incompréhensible, offrant des réponses inadaptées à leur situation, réducteur, voire induisant des réponses négatives, ou ne permettant pas de nuancer les réponses selon que le tiers mis en cause est le résident ou les collègues...) ;
- 14 personnes estiment certaines questions indiscretes, déplacées, trop personnelles, ou sans lien avec la maladie d'Alzheimer ;
- 8 répondants mettent en avant le manque d'anonymat du questionnaire.

Nous attendions quelques réactions face à notre démarche — à son caractère possiblement intrusif notamment. La fréquence des critiques adressées à l'instrument MBI nous surprend en revanche : si certaines ont déjà été recensées dans le chapitre 2, l'induction des réponses

interroge forcément, car elle laisse entrevoir un possible biais de mesure dans l'ensemble de la littérature utilisant le MBI.

Les autres thèmes identifiés relèvent plus directement de notre questionnement, le plus fréquemment mis en avant étant celui des conditions de travail.

2.2. Des conditions de travail portant atteinte à la relation soignante ?

Nous avons rapproché, dans ce thème, trois sous-thèmes : le manque de personnel, la charge de travail et les moyens matériels, qui permettent de reconstituer une rationalité relativement homogène.

En filigrane de la plainte de surcharge de travail transparaît tout d'abord un discours distinguant d'une part le « bon » travail, lié à la dimension relationnelle avec les soignés et leur famille, d'autre part le travail « inutile », lié à la dimension administrative (« paperasse », protocole, etc.).

Si elle est fréquemment affirmée (39 répondants), la surcharge de travail ne fait l'objet que de rares jugements d'attribution, le plus souvent à l'encontre d'une organisation du travail perfectible ou d'une répartition inéquitable du travail entre les soignants, et sensible le week-end. Cette surcharge de travail est directement mise en relation avec le manque d'effectifs ressenti, et initie deux « circuits » de stress et de fatigue. Elle induit d'une part une mise sous tension par divers mécanismes, comme la modification inopinée des horaires de travail et le raccourcissement, voire la suppression, des temps de pause — éventuellement transformés en sessions de transmission d'informations professionnelles. Ce premier niveau de stress est mis en avant face à la montée de l'absentéisme, dont les solutions de remplacement (notamment, le recours à l'intérim) s'avèrent elles-mêmes stressantes puisqu'elles conduisent le personnel restant à devoir expliquer, voire former, le personnel temporaire, engendrant une nouvelle « perte de temps », se réitérant d'autant plus fréquemment que la rotation des intérimaires est par définition extrêmement rapide (« *C'est épuisant d'expliquer chaque jour les mêmes choses à des personnes différentes* »). Par effet collatéral, il devient du même coup difficile aux soignants de trouver un collègue de confiance auquel « passer la main » lorsqu'un résident refuse un soin, facteur de stress supplémentaire.

Si certains soignants mettent en avant la satisfaction de pouvoir disposer, dans les établissements manifestement récents, de moyens accrus, le manque de moyens matériels, lorsqu'il est défini avec concrétude (protections périodiques en quantité insuffisante qu'il faut donc aller chercher à un autre étage, etc.), semble également vécu sur le mode de la perte de temps, entretenant la sensation de « course » et de stress.

D'autre part, la surcharge de travail et le manque de personnel sont vécus comme à l'origine d'une perte de la qualité de la prise en charge des patients ou résidents, faute de temps à leur consacrer, et conduisent à un repli sur la dimension relationnelle du métier, dont nous avons indiqué qu'elle est constitutive du « bon » travail. Ce surinvestissement réactionnel surajoute paradoxalement au stress perçu, en démultipliant la sensation de « qualité empêchée ».

Ces quelques matériaux nous incitent à postuler l'existence d'un « cercle vicieux » : la relation soignante est certes traditionnellement placée au cœur du métier, mais c'est aussi *précisément* parce qu'elle est constamment attaquée par les multiples contingences quotidiennes que cette dimension relationnelle constitue un point d'ancrage aussi fort de l'identité professionnelle des soignants, par un phénomène relevant de la cristallisation, du repli identitaire et de totémisation d'un élément spécifique au métier, dont les « agressions » par les non-soignants sont vécues sur le registre de l'atteinte à la reconnaissance.

2.3. Des atteintes à la reconnaissance sensibles sur plusieurs fronts

La reconnaissance, sous ses formes symboliques ou tangibles, est le thème le plus fréquemment évoqué. Sans surprise, le nombre de répondants se plaignant d'un niveau de rémunération trop faible est élevé (57 personnes). À côté de revendications précises (versement d'un treizième mois de salaire, que ne prévoit pas la convention collective applicable, ou de primes diverses, clarification du mode de calcul des heures supplémentaires...), la demande d'augmentation des salaires est souvent justifiée par la charge de travail, l'intensification du travail, la pénibilité ou les efforts consentis. Elle s'apparente donc à une demande de contrepartie et n'est pas sans évoquer le modèle du déséquilibre entre effort et récompense proposé par Siegrist (cf. chapitre 2). Nous situons la rémunération dans le spectre de la reconnaissance dans la mesure où elle matérialise la valeur attribuée au travail du sujet, voire au sujet lui-même.

La reconnaissance se donne d'ailleurs nommément et spontanément à lire dans 64 réponses, sur plusieurs registres intriqués :

- le registre de la considération, du respect, de la valorisation de soi et de leur manque ;
- le registre des dénis de reconnaissance, sous la forme de ressentis d'injustice ou de violence morale et physique, mettant à jour des rivalités au sein même de l'équipe soignante et, plus fréquemment évoquées, des tensions entre l'équipe soignante et l'équipe managériale (qualifiée, dans le discours soignant, d'« administrative », sans doute à titre péjoratif) ;
- et un registre communicationnel associant une demande d'écoute, de proximité, de compréhension et de confiance (tableau 3.9).

Champs lexicaux	Nombre d'occurrences
Salaires	57
Reconnaissance	21
Considération, respect / irrespect	17
Écoute (tenir compte de l'avis du personnel), proximité	14
Valorisation / dévalorisation de soi, invisibilité dont Ânes ; Boniche ; Boucs émissaires ; Moins que rien ; Machines ; Torche-culs	12
Ressentis d'injustice (Bafoués ; Favoritisme ; Corruption des syndicats)	4
Expériences de violence physique ou morale dont Agression ; Attaque ; Brimades ; Engueulades ; Intrusion ; Maltraitance ; Rabaisser ; Remarques ; Réprimandes)	9
Compréhension	4
Confiance	4
Reconnaissance verbale (Bonjour, Merci, Faire savoir la satisfaction des usagers)	4

Tableau 3.9. • Les champs lexicaux de la reconnaissance dans les réponses à la question n° 43.

Nous avons signalé, dans le chapitre 2, combien reconnaissance et identité sont étroitement liées. Ce rapide inventaire ne fait que le confirmer, en soulignant la dynamique constante entre l'identité intime et l'identité sociale ou professionnelle, médiée par les divers partenaires d'interaction du soignant.

2.4. Interactions sociales : « l'enfer, c'est les autres »

Nous englobons dans ce groupe thématique les liens avec les autres « parties prenantes » : collègues, hiérarchie, soignés, et famille des soignés.

2.4.1. Ambiance de travail : entre soutien social et fourberies

Le collectif et l'ambiance de travail semblent généralement vécus sur un mode dégradé, puisque seuls 4 des 40 répondants les évoquant témoignent d'une perception positive de l'esprit d'équipe. Les tensions peuvent être réparties en deux pôles, l'un professionnel, l'autre comportemental :

- les critiques peuvent porter sur le professionnalisme des collègues. Une partie du discours demeure axée sur la « *vocation* » soignante, laissant entrevoir une foi capable d'aider le soignant à surmonter toutes les difficultés de son métier ; pour les autres, blasés, « *qu'ils changent de métier* ». Les attitudes considérées comme usantes chez les collègues sont le manque de professionnalisme, la non-fiabilité, le manque de confiance. Divers comportements sont vécus comme irrespectueux et comme portant atteinte à la solidarité et à l'entraide (dimensions allant, chez deux répondants, jusqu'à l'affirmation de l'équipe soignante comme une « famille ») : plus que les déficits de communication, les transmissions de piètre qualité ou l'absence de réciprocité lorsqu'un service est rendu (remplacement au pied levé, etc.), ce sont les « éléments perturbateurs » qui sont montrés du doigt : tire-au-flanc, retardataires chroniques, laxistes sont considérés comme nuisibles « à la santé de leurs collègues et des résidents » ;
- le second groupe de répondants dénonce les rivalités, l'« *hypocrisie* », les « *fourberies* », les « *manipulations* », les « *histoires* », la formation de clans, mais aussi les indiscretions et la promiscuité (il est « *gênant d'entendre des conversations que personne ne devrait entendre* »).

Il nous a semblé noter une nuance terminologique dans ces discours : si les conditions de travail engendrent du « burn out » ou du « stress », les collègues et les rivalités, eux, « usent »... Enfin, le besoin de justice et d'équité se fait sentir dans ces réponses : déjà présent dans les remarques relatives à la solidarité à l'intérieur du groupe de soignants (est stigmatisé celui dont certaines attitudes ou comportements trahissent un niveau d'efforts consentis moindres que celui du

groupe), il point également occasionnellement dans certains reproches adressés à l'encadrement, liés à la « *partialité* », au « *copinage* » soignants/encadrement, etc.

2.4.2. Le directeur idéal ? un soignant...

Ce volet de notre étude permet d'esquisser ce qui, aux yeux des 29 répondants s'étant exprimés sur la question, distingue un bon directeur de site d'un mauvais (tableau 3.10). Outre les motifs de la justice et de la reconnaissance, qui se donnent de nouveau à lire avec insistance, l'observateur extérieur est frappé par le conflit de rationalités manifeste entre l'équipe soignante et la direction du site : à lire entre les lignes, un bon directeur est en effet proche des valeurs soignantes, voire soumis à ces valeurs — quitte à être lui-même issu du sérail. Gare à qui ne respecterait pas ce cahier des charges : 4 des répondants n'hésitent pas à exiger un changement de directeur ! Ces écarts nous semblent, à leur mesure, révéler combien le partage du pouvoir entre les métiers du soin et ceux du management des établissements de santé, processus concrétisé par son inscription dans la loi Hôpital, patient, santé et territoire de 2009, demeure difficile à consensualiser sur le terrain, en contexte de rareté des ressources financières notamment. De nouveau, le concept d'identité est engagé : cristallisant les contraintes matérielles pesant sur des professions revendiquant la santé et le bien-être de leurs patients pour seule finalité, la fonction directoriale est celle qui empêche le soignant de bien faire son travail, tout en lui rappelant (plus ou moins subtilement) que son statut et ses missions ne sont plus tout à fait les mêmes.

Bon directeur	Mauvais directeur
A l'écoute, disponible	Pas en phase avec la réalité du terrain
Juste	Trop laxiste
impartial	Prise de décision en désaccord avec les soignants
Proche des soignants	Se pense supérieur aux soignants, dont il fait ses boucs-émissaires
Formé à la bientraitance	Manque de conscience professionnelle
Soutient l'équipe soignante	Intrusif à l'égard des soignants
Compétent	Met sous pression, est stressant
Impliqué	Irrespectueux
	Injuste
	Ne communique pas, manque de dialogue, obtus
	Pense au budget, pas aux résidents

Tableau 3.10 • Attributs du « bon » et du « mauvais » directeur d'exploitation.

En termes psychanalytiques, il nous semble déceler là à la fois la trace d'une activation de l'angoisse de castration, dont la résolution œdipienne justifie l'appel au meurtre du père

(« changer de directeur »), et une confrontation au principe de réalité, qui ne s'effectue jamais sans quelques turbulences. D'autant qu'un autre type d'acteurs émerge comme obstacle potentiel : les familles de patients.

2.4.3. *Familles de résidents : les bonnes... et les trop présentes*

Ce thème n'est mentionné que par 8 répondants. Encore une fois, le regard du soignant sur les familles nous semble ambivalent : il privilégie le discours de la culpabilité ressentie par la famille lors de l'institutionnalisation de son aîné, qui permet aux soignants de donner du sens à certaines attitudes ou comportements, donc de les comprendre et de les excuser. Dit autrement, le recours à la psychologie, qui constitue un territoire connu pour les sciences infirmières, autorise en quelque sorte à transformer les familles *en souffrance* en soignés, c'est-à-dire à légitimement les métamorphoser en objets ressortissant aux compétences des soignants — en « quasi-patients ». Les avantages sont multiples à une telle stratégie : donner un sens à des « symptômes » tels que remarques, demandes, etc. qui, autrement, pourraient être vécus sur le mode de l'agression verbale ou physique et, du même coup, rassurer le soignant sur sa capacité à gérer un possible conflit ; asseoir le pouvoir du soignant sur le quasi-patient en restaurant le déséquilibre intrinsèque à la relation soignant/soigné, et, subséquemment, contribuer à un renforcement identitaire du soignant — par exemple recherché lorsque le soignant demande à être plus régulièrement informé de la satisfaction des familles.

Tous les proches des patients ou résidents ne sont toutefois pas enclins à adopter ce rôle de « famille » idéale, surtout quand « *la famille du résident tient une place trop importante dans la vie de [l']établissement* » : si la psychologisation décrite ci-dessus échoue à les étiqueter positivement, ils se voient alors reprocher leur exigence ou les pressions qu'ils exercent sur les soignants, « plus dures » encore que celles des résidents eux-mêmes.

En d'autres mots, ce matériau nous incite à suggérer l'influence des attentes de rôles et d'un phénomène d'étiquetage plus ou moins binaire des familles par le corps soignant, en fonction du renforcement identitaire que le rôle endossé par les familles autorise ou non chez les soignants : une « bonne » famille culpabilise et réinstalle la supériorité du soignant sur le soigné ; une famille « exigeante » ou difficile exprime des attentes inexplicables par la culpabilité et ne correspondant pas aux attentes des soignants.

2.4.4. *Le résident, un souci équivoque*

Le résident ou le patient est mis en avant par 35 répondants : quel que soit le grief formulé (manque de temps, respect de la qualification des soignants, etc.), il l'est toujours au nom de la qualité de la prise en charge des résidents. Une telle uniformité dans le discours ne peut qu'interroger, car il s'avère difficile de discerner si elle doit conduire à capituler face à l'écrasante évidence du premier degré ou à céder, suspicieux, à l'impression d'un résident utilisé comme prétexte ou écran à des fins plus subtiles, qu'il convient d'envisager.

2.4.4.1. Le glissement sémantique du souci du soigné au soigné-écran

En première lecture, ce souci du patient, conforme aux missions de la profession, n'appelle pas de commentaire particulier : en faisant de la santé des soignants la condition de celle des soignés (le bien-être des soignants *pour* celui des résidents), elle s'ancre dans une rationalité somme toute banale dans toutes les professions de la relation d'aide. Les métiers de l'urgence vitale ou de l'action humanitaire, par exemple, rappellent constamment à leurs membres qu'ils doivent d'abord veiller à rester en vie et en bonne santé (c'est-à-dire éviter tout héroïsme inconsidéré) s'ils veulent pouvoir venir en aide aux patients ou populations ; les psychologues disposent quant à eux de règles de bon sens similaire, destinées à préserver la qualité de leur écoute et leur jugement clinique en épargnant leur propre équilibre psychique.

Un deuxième niveau de lecture montre néanmoins que la mise en balance du bien-être des soignants et de celui des patients peut également s'effectuer (et éventuellement, simultanément) selon d'autres modalités. L'introduction d'une nuance, d'apparence anodine (« *Le confort et le bien-être des résidents (patients), commençant d'abord par le confort et le bien-être des soignants...* » — c'est nous qui soulignons), nous semble ainsi trahir une inversion des priorités, de tonalité moins bienveillante (le bien-être des soignants *avant* celui des soignés).

Enfin, une dernière modalité profite d'un détournement du langage ordinairement appliqué par l'institution elle-même aux soignés pour procéder à un rapprochement entre les statuts de soignant et de soigné, voire à leur assimilation. Les notions de bien-être et de maltraitance sont ici principalement concernées, regroupant soignants et soignés sous le même statut de victimes des dysfonctionnements organisationnels, associé à la condamnation morale afférente (« *Soignants et soignés sont maltraités* », « *La violence institutionnelle engendre la maltraitance*

institutionnelle »), laissant affleurer non seulement les ressentis d'atteinte à la reconnaissance déjà évoqués, mais aussi une identification manifeste des soignants aux soignés, dont il faut inférer deux types de conclusions :

- d'une part, la tension identitaire à laquelle cette situation donne nécessairement lieu, puisque le soignant se trouve écartelé entre son identification au soigné et les devoirs et obligations liés à son appartenance au système de soins ;
- d'autre part, l'éventuel ressentiment à l'encontre du soigné, dont le système de santé et l'institution sanctionnent la maltraitance, alors qu'ils sont considérés négliger celle qu'ils infligent eux-mêmes au soignant — sentiment éventuellement, vécu, à titre conscient, sur le mode de l'injustice. Le refoulement de ce ressentiment (c'est-à-dire d'une forme de haine et d'agressivité) peut donner lieu à diverses formes de culpabilité ou, au contraire, de surinvestissement/surprotection de soigné...

La rhétorique présente toutefois la singularité de manifestement chercher à prendre l'institution de soin en défaut en lui rappelant à la fois sa propre mission fondamentale (prendre en charge un patient) et ses carences organisationnelles, face à un enjeu à très forte charge affective et symbolique (la vie du patient). L'objectif de réassurance est patent, puisqu'il s'agit ici d'affirmer que si la prise en charge des résidents n'atteint pas le niveau escompté, la faute en incombe à l'organisation — la culpabilité ressentie par le soignant devant l'imperfection de cette prise en charge s'en trouve allégée et sa vision de son propre professionnalisme, probablement épargnée. Dès cette lecture, la préservation de l'estime de soi en tant que professionnel, donc de l'identité, est à l'évidence en jeu.

D'un autre côté, le discours sur le manque de personnel conduit au surinvestissement de la dimension relationnelle du travail soignant. Nous proposons de lire l'assimilation soigné/soignant comme un message adressé à l'institution : à la figure parentale, à qui il reproche de mal s'occuper de lui en tant que salarié/enfant, il s'agit pour le soignant de donner l'exemple, en lui montrant ce qu'est une bonne mère, c'est-à-dire ce que le soignant attend d'elle. Le surinvestissement du *care* prend alors la dimension d'une demande d'amour et de reconnaissance, donc d'un acte de communication. Bien qu'absent des réponses ici analysées, le risque de cette identification nous semble être double : le glissement de l'empathie vers la sympathie, facteur de burn out, et l'infantilisation du soigné.

Ces considérations nous conduisent à développer une vision qui, sans perdre sa neutralité bienveillante à l'égard des professions soignantes, nous apparaît moins benoîtement angélique que la littérature soignante que nous avons été amené à compiler. Parallèlement à son statut de soigné, sur lequel les valeurs de l'organisation et du soignant convergent sans grand-peine, le patient ou le résident semble en effet faire l'objet d'une instrumentalisation protéiforme dans le cadre de la relation soignant/institution — instrumentalisation inconsciente, adressée à l'institution et alimentée par les mouvements d'agressivité partiels qu'éprouve pour lui le soignant. En s'affirmant l'ultime garant du bien-être du soigné, le soignant adopte en quelque sorte la posture de « gardien du temple ».

2.4.4.2. Les soignants, gardiens du temple

La posture de « gardien du temple » est la plus perceptible dans les discours recueillis. C'est aussi la plus riche métaphoriquement puisqu'elle implique trois conditions : un totem, une vocation éventuellement sacrificielle, et un agresseur réel ou putatif.

Le temple vise toujours à protéger une divinité ou l'un de ses symboles (statue, flamme sacrée, etc.), c'est-à-dire un *totem*. Que cette fonction soit tenue par le soigné — ici, par définition, une personne âgée — est d'autant plus frappant que le totem représente pour Freud, par delà son incarnation tangible (le plus souvent un animal, parfois un végétal), l'ancêtre du clan ou du groupe, agissant comme esprit protecteur [Freud, 1913]. En tant que tel, le totem est chargé de rappeler le meurtre du père de la horde primitive, ce « souvenir » justifiant l'interdiction de tuer le totem. L'on remarquera au passage que le second tabou né du totémisme (l'inceste au sein de la famille, en tant qu'interdiction des relations sexuelles avec les femmes appartenant au même totem) est sensible parmi les réponses recueillies, puisqu'à deux reprises l'équipe soignante a pu être comparée ou identifiée à une famille (« *Nous les soignants formons une famille* » et « *Nous avons perdu beaucoup de membres de personnel et notre "famille" s'est brisée* ») et qu'un répondant s'offusque même qu'« *hypocrisie au travail et sexe font bon ménage* ».

La deuxième condition est l'existence d'un corps social chargé de la protection du totem, la valorisation sociale (vocation) de cet état « sacerdotal » contribuant à rendre acceptables les sacrifices qu'il induit. L'origine religieuse des professions infirmières a maintes fois été rappelée, et pourrait aujourd'hui sembler anachronique si l'analyse des parcours personnels ne

persistait, étude après étude, à mettre en lumière l'importance des valeurs de vocation, de dévouement, de charité et de don de soi dans le choix de la carrière [Tremblay, 2014, p. 49]. Notre échantillon ne fait pas exception : trois répondants y utilisent le terme de « vocation » (« *Je fais ce métier par vocation, c'est tout* » ; « *Travailler en EHPAD est une vocation dans le cadre d'un vrai métier* », et « *Je ne regretterai jamais d'avoir choisi ce métier si gratifiant car c'est une vocation pour moi* »). Inévitablement, la mention à la vocation soignante interroge, en psychanalyse, les notions de Surmoi, instance morale d'identification à l'autorité parentale, résultant de la résolution du complexe d'Œdipe, et d'Idéal du Moi, modèle d'identification positive et de valeurs auxquels aspire le sujet [Freud, 1923]. Les tensions entre le Surmoi et l'Idéal du Moi caractérisent par exemple le narcissisme moral, qui sous-tend les pratiques ascétiques et sacrificielles, et dont l'évolution s'effectue fréquemment vers la dépression [Green, 1969]. Il ne semble donc pas illégitime d'explorer cette voie — qui implique les versants intime et professionnel de l'identité — dans l'étude du burn out.

Enfin, le rôle de gardien du temple suppose l'existence d'un agresseur ou, du moins, d'une menace de disparition ou de souillure du totem (disparition par extinction de la flamme sacrée ou par pillage, souillure par profanation), généralement extérieure au clan et constituant un marqueur fort de l'altérité, donc de l'identité collective. Le gardien du temple a par conséquent pour mission de veiller à l'intégrité du totem, ce qui peut laisser supputer l'implication de diverses formes d'angoisse : angoisse de castration, angoisse devant le Surmoi et angoisse devant la perte de protection du Surmoi... Nous proposons que le tabou du meurtre du totem puisse être lu *lato sensu* comme l'interdiction de ne rien faire qui puisse lui porter atteinte, y compris par négligence, voire, par retournement, comme l'obligation de le maintenir en vie et d'en prendre soin. Cette intégrité induisant la préservation de sa pureté, c'est surtout contre l'institution, le management et le « système », au travers des processus de qualité empêchée, que ce mécanisme défensif nous semble jouer (*v. infra*). Mais nous n'écartons pas l'hypothèse qu'un sujet âgé se souillant lui-même ou mettant sa propre sécurité physique en danger puisse être considéré comme un ennemi du totem qu'il incarne pourtant, et que le gardien du temple soit donc appelé à la fois à le punir et à le défendre, selon le mécanisme défensif de clivage, décrit par Melanie Klein, entre le bon et le mauvais objet, selon qu'il concentre les satisfactions ou les frustrations du sujet. Ce clivage est au service du Moi car il protège l'objet dont une partie au moins se trouve acceptée, tandis que la partie mauvaise est exclue [Klein, 1946], occasionnant une

nouvelle source de conflit intrapsychique. Il devient du même coup possible d'envisager que les pulsions agressives ressenties à l'égard du soigné-totem, cristallisées sur le mauvais objet, soient par projection attribuées à l'institution de soin, ou refoulées sous la forme d'un surinvestissement de la relation de soin.

2.5. Satisfaction au travail : le sacrifice jamais assez récompensé

Nous avons identifié dans la thématique de la satisfaction au travail 33 répondants, parmi lesquels se dégagent à la fois deux registres lexicaux de prédilection et trois facteurs de satisfaction.

Parmi les registres lexicaux les plus fréquents figurent :

- le vocabulaire amoureux, légèrement mâtiné de sexualité (13 occurrences, autour des mots « aimer », « adorer », « plaire », « envie ») ;
- l'apport du travail et le contentement (7 occurrences : « *on apprend tous les jours* », « *le travail m'apporte beaucoup* », « *c'est très enrichissant* », « *je suis contente* », « *suis très heureux* », « *je me sens bien* »), traduisant le bien-être consécutif à ce que le soignant tire de son travail, évoquant la plénitude et la réplétion du nourrisson après la tétée, donc le lien entre oralité et narcissisme.

La satisfaction est plus fréquemment reliée à des motifs tels que l'altruisme et le sentiment d'être utile (7 occurrences), la vocation (5 occurrences : « *j'exerce un métier que j'ai choisi* », « *je ne me suis pas trompé de voie* », « *je ne regretterai jamais d'avoir choisi ce métier si gratifiant car c'est une vocation pour moi* ») et, dans une moindre mesure (3 répondants), la reconnaissance (« respect », « écoute », « confiance » — v. § 2.3., « Des atteintes à la reconnaissance sensibles sur plusieurs fronts »). Nous serions enclin à considérer l'altruisme comme une autre facette de la vocation, et à relier l'ensemble au don de soi et à la dimension sacerdotale évoqués plus haut (§ 2.4.4., « Le résident, un souci équivoque »).

La sensation globale est celle d'un double mouvement, en balancier, où il s'agit pour le soignant d'aimer le travail — émanation du Surmoi, donc de l'autorité parentale ? — et d'en être nourri, donc aimé en retour — mais jamais *assez* aimé, d'où sans doute les innombrables vécus de manque signalés plus haut (manque de salaires, de moyens, de reconnaissance, etc.). L'ensemble

évoque cette citation de Freud : « Quand le Moi apporte au Surmoi le sacrifice d'un renoncement pulsionnel, il s'attend à être récompensé en recevant de lui plus d'amour » [Freud, 1939] — dit autrement, en échange de son abnégation, de son souci d'autrui, le soignant attend des témoignages de reconnaissance, de gratitude, de satisfaction, etc. qui ne suffisent jamais à étancher sa soif d'amour...

2.6. La finance et l'actionnaire : une rhétorique de la voracité

Nous avons constitué un pool de 22 réponses mettant toutes en avant, à un titre ou un autre, le discours de la rentabilité, de la finance, de l'actionnaire. En première lecture surgit, au mieux, l'expression d'un désaccord sur l'allocation des ressources matérielles (« *que le groupe utilise ses bénéfices financiers pour améliorer les conditions de travail des salariés et les conditions d'accueil des résidents* » — l'on notera la priorité donnée au salarié sur le soigné, déjà signalée) et, au pire, un jugement moral désapprobateur, parfois assez violent (« *faire du business sur le dos de nos anciens me dégoûte* », « *c'est une honte !* », etc.). Ce niveau « politique » du discours donne de nouveau à voir un soignant et un soigné placés sur un pied d'égalité, assimilés, tandis que l'entreprise est accusée de maltraitance financière, comme s'il s'agissait d'excuser par avance d'éventuels dérapages tout en prenant l'employeur à son propre discours : si l'institution est maltraitante, pourquoi le soignant ne le serait-il pas ? comment ne le serait-il pas, sinon grâce à son abnégation et à son professionnalisme ? Au passage est rappelée la prééminence accordée à la relation humaine dans le soin, que ne respecte pas l'institution qui chosifie le résident (« *nous gérons des personnes âgées et non des boîtes de conserve* », « *gérer les résidents comme 'humain' et non comme un 'budget'* », etc.), cette contestation se logeant jusque dans les instruments utilisés pour garantir la qualité des soins — qui déshumaniseraient donc le soigné en prétendant le réhumaniser (« *moins protocoliser les choses, laisser plus d'initiatives individuelles, ne pas oublier l'humain (résidents et employés)* », « *êtres humains dépendants et non avec des plans* » [de soins individualisés]).

Ce niveau de lecture nous semble en revanche insuffisant à rendre compte des processus à l'œuvre. Derrière le discours de la « maltraitance financière » se loge en effet une rhétorique de la spoliation et du parasitisme, dont il est difficile de déterminer s'ils s'opèrent aux dépens du soigné ou du soignant (« *je pense que ORPEA en a rien à faire des résidents et qu'il pense qu'à*

l'argent qui vont gagner grâce à leur vieillesse. C'est une honte !! Surtout qu'en plus nos payes sont minables », « régulariser les salaires pour les vrais acteurs plutôt que pour les actionnaires afin de leur offrir des cuillères en or avec lesquelles ils étaleraient le caviar qu'ils se servent déjà sur leurs tartines du matin !! »). Derrière ce « ils » menaçant se profile, parfois nommément, la figure de l'actionnaire, qui nous semble condenser une dimension orale et une dimension castratrice anxiogènes :

- la dimension alimentaire, orale, est évidente dans diverses images, parfois déjà citées : le dégoût, les « *cuillères en or avec lesquelles ils étaleraient le caviar qu'ils se servent déjà sur leurs tartines du matin* » ou les « *boîtes de conserve* » ;
- la castration est sensible dans tous les termes relatifs au retrait ou à l'amputation, voire au cadrage, comme « budget » ou « restrictions ».

L'actionnaire n'est pas sans évoquer d'autres figures concrétisant les pulsions sadiques-orales, comme celle de l'ogre, du vampire ou de Cronos, avec lesquelles elles partagent deux grands types de propriétés :

- d'une part, la voracité et la dévoration de leurs victimes, d'où leur caractère mortifère et oral ;
- d'autre part, la richesse, le pouvoir, la noblesse, la force, la brutalité, une grande taille, rendant manifeste le fantasme du père, surpuissant. La mère, moins éclatante, n'en est pas moins présente dans cette menace, généralement travestie (la maison de retraite, la résidence, la clinique, l'entreprise, etc. structures toutes enveloppantes, et sans doute les noms mêmes d'ORPEA et de CLINEA, à consonance féminine) ; elle s'exprime peut-être plus ostensiblement dans la figure du vampire, puisqu'elle inverse le mode d'alimentation nourrisson dépendant tétant le lait de sa mère → vampire suçant le sang de sa victime rendue impuissante par l'envoûtement.

Cette double figure parentale explique au passage l'assimilation soigné/soignant, tous les deux ramenés au rang de victimes ou de proies (la célèbre « chair fraîche »), c'est-à-dire d'enfants appartenant à la même fratrie, biologique ou symbolique, dont l'un des membres (ici, le soignant) sera chargé de sauver ses frères et sœurs (les soignés) des appétits du parent. Dans notre étude comme dans les contes, toutes ces configurations sont associées à un discours d'abandon, révélateur d'une angoisse de perte d'objet : « *je vais démissionner* » [c'est-à-dire

quitter la maison familiale...], « *on abandonne le résident* », « *ne pas oublier l'humain* », « *je quitte la clinique* », « *ce sont les meilleurs qui partent* »...).

Ces considérations nous semblent devoir être mises en relation avec plusieurs autres éléments issus du dépouillement des 460 réponses :

- la perception d'une menace obscure contribue à expliquer la plainte d'atteinte à l'anonymat adressée au questionnaire (v. § 2.1., « Un questionnaire inadapté, voire partial ? ») ;
- l'assimilation soignant/soigné rend sans doute partiellement compte de la difficulté à éradiquer, en pratique quotidienne, les processus d'infantilisation du soigné par le soignant ;
- le surinvestissement de la relation de soin, déjà signalé, nous semble constituer l'exact contraire de l'angoisse d'abandon ;
- enfin, l'angoisse de dévoration — notamment lorsqu'elle revêt la forme du parasitisme — nous semble pouvoir être rapprochée de la thématique du burn out, où le sujet est vidé de son énergie ou de son fluide vital par un agent extérieur mortifère.

Cette problématique se révélant typiquement œdipienne, il n'est guère surprenant que la question de la formation — qui permet de grandir et d'échapper à la tutelle parentale — figure parmi les thématiques identifiées...

2.7. Formation : des motivations disparates

Le Groupe ORPEA investissant fortement dans la formation (« *grâce à ORPEA nous avons le matériel nécessaire pour travailler et faisons beaucoup de formations...* »), seuls 14 répondants mentionnent la formation. Il est par ailleurs d'autant plus délicat de tirer la moindre conclusion que les thèmes abordés sont assez disparates :

- un complément de formation sur la maladie d'Alzheimer est demandé par 4 personnes. Dans deux cas, la motivation est un meilleur contrôle des comportements difficiles, y compris des familles de résidents (« *ne pas subir certains aspects de cette maladie* », et « *conduite à tenir avec les familles de celles-ci pour éviter les conflits éventuels* ») ;
- le souci d'évoluer professionnellement est mentionné par 3 répondants, notamment pour les personnels les moins qualifiés ;

- l'insuffisance de la formation des personnels temporaires et intérimaires est soulignée par deux personnes, l'une considérant qu'il s'agit là d'un facteur de dysfonctionnement et de découragement (*« Il m'arrive de me sentir découragé dans mon travail sur les dysfonctionnement de l'institution ou par les équipes parfois mal formées ou en sous-effectif. Rarement par les résidents »*), l'autre par souci d'équité entre permanents et temporaires (*« Former autant le personnel titulaire que remplaçant. Il est dommage que les remplaçants à long termes soient mis de côté. Car des formations intéressantes sont souvent proposées. Les remplaçants effectuent le même travail que les titulaires »*) ;
- enfin, 3 répondants suggèrent d'approfondir le travail de réflexivité ou en pluridisciplinarité (*« Organiser régulièrement des séances de travail pour l'échange de vues entre collègues et aussi les responsables »*, *« Réunion de services pluridisciplinaire »*, et *« Il est indispensable avoir d'analyse pratique professionnel 1 fois/ mois ou tous les 6 semaines »*).

Quoique cet argument ne soit pas sensible dans les réponses recueillies, nous rappellerons que la formation peut être lue comme une forme de reconnaissance, récompensant ou suscitant une possibilité d'évolution professionnelle. Elle revêt en ce sens non seulement une dimension narcissique, mais présente également un lien avec l'oralité puisqu'elle fournit au salarié une « nourriture intellectuelle ».

Conclusion

Compte tenu de leur nombre, inattendu, il nous a semblé pertinent d'analyser les matériaux fournis par cette « rubrique libre » : outre la représentativité que peuvent laisser espérer ces 460 répondants, cet afflux alimente partiellement notre hypothèse puisque sur la forme, ces réponses à une question ouverte facultative, nécessairement manuscrites sur le corps même du questionnaire imprimé et distribué, qui comportait l'en-tête et un message du D^r Linda Benattar en sa qualité de directrice médicale, sont de fait directement destinées à la Direction du Groupe ORPEA. Il s'agit donc d'actes de communication socialement adressés et porteurs d'un sens.

Sur le fond, de nouveau, mais pour d'autres raisons que celles invoquées dans le volet quantitatif de cette recherche, la pertinence et l'objectivité des questions du MBI sont soumises à interrogation.

L'analyse thématique conduite nous amène à proposer de rassembler les données recueillies en distinguant plusieurs niveaux de réalité, tous légitimes, non exclusifs les uns des autres l'autre, certains ne présentant d'ailleurs que peu d'éléments spécifiques à la maladie d'Alzheimer.

Le premier niveau, qui résulte d'une lecture socio-organisationnelle, livre un diagnostic en tout point conforme à la littérature internationale en matière d'exhaustologie. La surcharge de travail et la raréfaction de toutes les ressources, notamment humaines, initient le cercle vicieux de l'intensification du travail, qui conduit à l'absentéisme, puis à des solutions de remplacement (intérim, contrats à durée déterminée) elles-mêmes chronophages, donc stressantes, pour le personnel permanent par l'effort d'intégration et de formation qu'elles imposent. La gestionnarisation de la santé, l'érosion des collectifs de travail et la perte du prestige social de la profession s'associent de leur côté pour engendrer des vécus de déni de reconnaissance, à l'origine des situations de mal-être au travail.

Un deuxième niveau de lecture, d'orientation psychanalytique, invite à interroger les résultats recueillis au prisme de deux phénomènes, tous les deux liés à l'identité. Tout d'abord, une *problématique orale* est à notre sens perceptible dans plusieurs éléments de discours : le parasitisme et, plus subtilement, le discours du manque (de moyens, d'effectifs, de rémunération, de reconnaissance, de formation, etc.), y compris lorsqu'il s'agit de ce que nous qualifierons de « manque de Nous » (auquel nous rattachons par exemple les sous-effectifs, la déliquescence des collectifs de travail ou le manque de professionnalisme, etc.). L'oralité vient ici « alimenter » le narcissisme, donc l'identité individuelle et professionnelle.

Par ailleurs, le *recroquevillement sur la dimension relationnelle du métier* nous semble devoir être lu au moins autant comme le symptôme d'un repli défensif que comme un fondamental de la profession. Une approche sociologique amène à l'analyser comme une stratégie de renforcement ou de préservation de l'identité soignante face à l'émergence ou à l'affirmation d'autres identités, perçues comme concurrentes voire menaçantes, et éventuellement appréhendées par un jeu d'étiquetage ou de stigmatisation (« bon » ou « mauvais » directeur, collègue, patient, résident ou membre de la famille). Une approche psychanalytique y voit la possible combinaison d'un contre-investissement consécutif au refoulement de pulsions agressives à l'encontre du soigné, d'une identification du soignant au soigné et/ou d'une demande de reconnaissance ou d'amour

indirectement adressée à l'institution en tant que figure parentale, par activation de l'angoisse d'abandon.

Les deux propositions théoriques que nous avons esquissées en concluant quant aux résultats du pan quantitatif de notre étude trouvent ici quelque écho :

- l'hypothèse d'un mécanisme de défense du Moi par clivage de l'objet, déjà suggérée, selon des modalités légèrement différentes, par les attitudes adoptées face aux difficultés professionnelles, nous paraît enrichie par la possibilité d'envisager que les pulsions agressives ressenties à l'égard du soigné-totem puissent être déplacées ou projetées vers d'autres cibles (v. § 2.4.4.2., « Les soignants, gardiens du temple ») ;
- quant à l'approche biographique évoquée pour approfondir la compréhension du rôle de l'ancienneté, en lien avec l'accomplissement personnel, dans le processus d'exhaustopoïèse, elle trouve ici un écho dans divers thèmes comme la vocation ou le développement professionnel via la formation.

Quel que soit l'angle de lecture adopté, ces 460 répondants contribuent à mieux appréhender, à un niveau conscient, la structure du discours lorsqu'il est adressé à leur employeur, mais aussi l'étendue des schémas possiblement mobilisés sur la scène fantasmatique. Si le matériau récolté ici ne permet pas d'approfondir cette question à ce stade, les entretiens menés — bien que leur angle soit à la fois plus large et davantage centré sur l'interaction avec les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer — l'éclairent, incidemment, d'un jour nouveau. C'est à leur analyse que la section 3 est consacrée.

3. Les représentations de la fatigue – Analyse thématique des entretiens menés

Ce dernier volet de notre recherche a pour objet d'étudier les représentations et les pratiques liées à la fatigue considérée par les soignants comme propre au travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit ici d'articuler, à partir d'entretiens structurés autour de quatre questions toujours identiques et menés auprès de 18 soignants dans 6 EHPAD (v. chapitre 2, tableau 2.6), les discours relatifs aux formes de la fatigue, à ses signes, à ses causes, à ses processus et mécanismes, et aux stratégies adoptées pour la gérer.

Le dispositif d'entretiens étant relativement ouvert, le matériau collecté déborde généreusement du cadre de la stricte fatigue ; il n'en sera ici fait mention que dans la mesure où il éclaire notre propre démarche. Nous condenserons donc ici nos résultats en proposant d'abord une typologie des formes de fatigue identifiées dans notre population (3.1), avant de présenter les stratégies et mécanismes individuels ou collectifs de défense contre la fatigue mis à jour par nos entretiens (3.2).

3.1. Une typologie des fatigues en alzheimerologie

Sans réelle surprise compte tenu du caractère éminemment subjectif de la fatigue, le discours des interviewés témoigne d'une grande diversité des ressentis de fatigue. Une première distinction isole assez spontanément la fatigue physique et la fatigue d'un autre ordre, généralement qualifiée de « psychologique », « psychique » ou « morale » — seconde catégorie sur laquelle nous nous concentrerons davantage.

3.1.1. La fatigue physique, un marqueur peu spécifique en alzheimerologie

La fatigue physique est associée à deux facteurs : d'une part, la charge physique de travail, liée au degré de grabatarisation des soignés, moins marqué dans les unités Alzheimer ; d'autre part, la station debout prolongée, le piétinement permanent et l'impression de courir constamment, engendrant, outre une fatigue physique générale, une plainte fréquente de « jambes lourdes » (notamment dans les six entretiens préliminaires que nous avons menés, non retranscrits).

- « Je trouve qu'on est plus épuisé avec des personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, des personnes démentes bien sûr. Et avec les personnes comme où je suis au cinquième, c'est une fatigue plutôt physique. C'est pas la même chose. S'il y a des personnes grabataires par exemple, c'est physiquement. On est épuisé. (...) Tandis que quand on est avec des personnes Alzheimer, c'est le moral aussi. Il y a peut-être les deux. Mais il y en a pas beaucoup des personnes grabataires à l'unité, à l'UP » (Nina, 39 ans, aide-soignante).
- « C'est surtout quand y a une personne qui est alitée, et qu'il faut faire des transferts et qu'on n'a pas forcément le collègue qui est là, ou la machine qu'il faut pour faire le transfert » (Sam, 30 ans, aide-soignante).

La fatigue physique a pour particularité d'être beaucoup plus facile à soulager que la fatigue psychologique :

- « La fatigue physique, c'est quelque chose, je suis fatiguée, je peux me coucher, je dors bien. Mais psychique, j'arrive pas à m'endormir » (Sabrina, 26 ans, aide-soignante).

Chez les soignants œuvrant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, cette dimension physique reste présente mais cède le pas à une dimension « psychologique »

- « Travailler avec les Alzheimer, c'est une fatigue plus psychologique que physique parce que trop de bruit, trop de cris, trop de déambulations. Toujours en train de courir. Ils font des choses » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).

Sans être absente, la dimension physique ne domine donc pas les discours relatifs à la fatigue spécifique à la maladie d'Alzheimer. Notamment chez les soignants travaillant alternativement dans une unité spécialisée ou dans un service généraliste, qui offrent un discours plus volontiers comparatiste, c'est la fatigue psychologique qui semble plus volontiers rattachée à la maladie d'Alzheimer. Premier critère de différenciation, voire principale marque de distinction, entre le travail ou les soignants des services spécialisés et ceux des unités polyvalentes, cette caractéristique interroge également le parallélisme entre le type de dépendance du soigné et la fatigue du soignant : dans les deux cas, physique en gériatrie polyvalente, et psychique en alzheimerologie, suggérant une possible identification soignant / soigné.

3.1.2. La fatigue psychologique, une entité multidimensionnelle

La fatigue psychologique s'exprime par de multiples motifs, que nous proposons de regrouper, dans le cas de la prise en soins de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en quatre entités : la fatigue d'envahissement, la fatigue de répétition, la fatigue d'hypervigilance et la fatigue d'impuissance, éventuellement simultanées et cumulatives.

3.1.2.1. La fatigue d'envahissement, un vécu de harcèlement

Cet agrégat englobe plusieurs phénomènes que nous rattachons à des vécus d'intrusion, de saturation, de débordement ou de submersion, principalement occasionnés par certains des troubles cognitifs productifs induits par la maladie d'Alzheimer.

Les « vocalisations » incluent notamment les insultes ou les remarques sexuelles, qui se donnent spontanément à lire comme des agressions verbales, facteurs de stress dont l'impact

psychologique immédiat est généralement limité mais cumulatif, entamant par exemple la confiance en soi, la sérénité, entre autres facettes de l'identité :

- « L'agressivité aussi, c'est ça. C'est taper, c'est verbal comme physique. Par exemple il y a des patients vous leur dites, comment vous allez ? Ils vous insultent. Il y a des patients Alzheimer qui vous insultent » (Michou, 31 ans, aide-soignante).

La survenue d'actes hostiles porte par définition atteinte à la reconnaissance que les soignants attendent implicitement de la part des usagers du système de soins, et dont les manifestations sont compliquées par les caractéristiques mêmes de la maladie d'Alzheimer. En outre, le professionnalisme impose au soignant de maîtriser ses réactions. On perçoit aisément que cette répression des émotions engendrées par des agressions d'autant plus perturbantes qu'elles sont inattendues ou hors de propos puisse constituer *per se* un facteur supplémentaire de tension [Roux, 2014] :

- « Ben, sur le coup on est humain ! On se fait griffer, on a envie de remettre ... Bon je vais pas mentir, j'ai envie de remettre le coup... Mais... mais justement on sait où on est, avec qui on est, quel métier qu'on fait donc... on se reprend vite... » (Sam, 30 ans, aide-soignante).

Enfin, le contenu manifeste de ces agressions, même euphémisé, i.e. présenté comme compréhensible et excusable en raison de la maladie (v. *infra*), peut par ailleurs faire écho, par exemple dans le cas du racisme, à des atteintes semblables subies à l'intérieur ou en dehors du cadre professionnel :

- « [Ici, il n'y a qu'] une aide-soignante blanche. Sinon tous les autres, c'est arabes et noirs. Donc du coup, on n'a pas trop le choix. C'est vraiment difficile parce que la mentalité des personnes âgées, c'est pour ça qu'on se dit il ne faut pas le prendre au premier degré. Donc tout ce qui se perd, même un comprimé se perd, on a volé. Ici vous embauchez que les gens que vous ramassez dans la rue. Ils viennent, ils volent tout. Je dis mais écoutez, on ne va pas vous voler un comprimé. Si, si on m'a volé mon comprimé. Je dis, bon écoutez ce n'est pas grave. (...) Et nous on dit, mais non ce n'est pas grave. Il y en a qui nous traitent de non seulement sales noires, en plus putes (...) Je ne sais pas, ça sort comme ça de leur bouche, je ne sais pas. Je ne sais pas du tout » (Marciela, 40 ans, infirmière).
- « C'est plus quand je prends le train parfois. Quand je prends le train, quand les gens sont impolis, quand les gens me regardent avec des gros yeux, quand les gens sont un peu, voilà. Parfois on met tous les gens de couleur dans le même panier. On sait pas si la personne, elle vient des îles, ou la personne vient d'Afrique. On met toujours les gens dans le même panier. Onc c'est ça qui est un peu embêtant. C'est plus le regard des autres personnes. (...) Là je suis dans l'établissement. Là c'est confiné alors que l'autre fatigue, c'est plus public. Là c'est privé. Là-bas, c'est plus public. Et voilà. En fin de compte pour les deux, comment dire ça ? La différence, je sais qu'ici c'est les personnes Alzheimer qui souffrent d'une pathologie alors qu'à l'extérieur, c'est pas des gens qui ont une pathologie. Voilà, en quelque sorte » (Soal, gouvernant).

Si ces insultes et agressions verbales relèvent de différents degrés d'atteinte à la reconnaissance, les comportements dits « d'agrippement » (questions répétées, adhésivité, alternance d'épisodes agressifs puis tendres, etc.) nous semblent, eux, vécus sur un mode aliénant, évoquant des micro-assauts répétés allant jusqu'aux réminiscences et procédant par conséquent de mécanismes suggérant l'intrusion et le harcèlement, voire le traumatisme psychique.

- « Je ne sais pas si ça... Parce que rien que voir ces patients lui courir après toute la journée, non je pourrais pas. Je pourrais pas. Tout le temps qu'elle soit en bas, ils sont accrochés à elle et non. Pas toutes, c'est deux ou trois patientes qui s'accrochent à elle comme ça. Elle ferme la porte, ils sont là. Elle sort. Non je pourrais pas... (...) Ils peuvent même pas solliciter. Ils s'agrippent, juste ils s'agrippent sur nous » (Marciela, 40 ans, infirmière, à propos d'une collègue qu'elle remplace occasionnellement en unité protégée).
- « Alors euh... il court... Enfin il court... il déambule en même temps que vous faites votre tournée... Voilà... il appelle euh... voilà... il appelle, il appelle au secours, ou il déambule, voilà... et donc on est oui... J'ai mon chariot et il essaye de... pas de m'attraper mais d'être euh... il est présent... (...) Mais ça, ça devient en ce moment ... quand ça... quand il court derrière et qu'il est présent... avec toujours la même question... Qu'est ce qui... ce qui passe dans ma tête, c'est... c'est de solliciter, c'est de solliciter quelqu'un parce que je suis devant une situation que je n'arrive pas à euh... à maîtriser, voilà si je peux m'exprimer comme ça, et donc je passe le relais » (Antoine, infirmier).
- (à propos d'un résident qui réclame sans cesse son médicament) « Et par exemple à propos de ce monsieur quand je rentre le soir, dans ma tête tout le temps j'entends Stilnox, Stilnox.
— Ça revient sous quelle forme ?
— Par rapport à des souvenirs ou quelque chose comme ça. Quand on pense à peu près ça. Et de penser. La première chose, si je pense à propos du travail c'est le monsieur qui dit Stilnox. C'est à peu près ça » (Sabrina, 26 ans, aide-soignante).

Enfin, ces phénomènes peuvent être exacerbés par le statut d'« insularité » dont jouissent les unités protégées, véritables *imperia in imperio* enclavés dans les EHPAD. Le confinement à l'intérieur d'un espace clos par des portes à code électronique, destinées à prévenir les « fugues » de résidents, affecte nécessairement les soignants y travaillant, en créant des microsociétés touchantes par le climat particulier qui y règne :

- « Le fait d'être en collectivité, c'est par moment un peu trop amusant de les voir peut-être discuter entre eux. Celui-ci a son avis à donner. Il comprend pas qu'il y a pas moins de cris. Enfin c'est la tête qui va pas si le voisin à côté se met à parler, l'autre lui dit « tais-toi », machin truc. Finalement ça devient tout le temps, c'est chacun qui fait selon peut-être sa maladie. Et on finit par s'adapter. Au début, ça fait un peu mal » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).

Ces espaces fournissent l'occasion de divers comportements territoriaux, mais sont aussi à la source d'éventuels conflits éthiques liés aux restrictions apportées à la liberté de déplacement des résidents¹⁵ :

- « Il fallait que je marque mon territoire au quatrième, que je montre qui était le coq ! Parce que c'est vrai qu'il y en a plusieurs de nos résidents masculins, qui se la jouent un peu quoi, qui jouent les paons, c'est eux qui commandent à l'étage. Et en fait non il faut que... si je veux... si on veut, Sarah et moi on s'est, enfin Sarah c'est ma collègue, qu'il y ait pas de tensions, qu'ils se mettent pas à aller taper sur le petit papy qui a 95 ans et qui lui déambule toute la journée, et va dans... a le malheur de passer devant leur porte, à un moment voilà... j'ai dû user de ma grosse voix » (Fernando, 37 ans, aide-soignant).
- « Il y a une dame parfois, elle regarde l'ascenseur. Elle veut partir. Parfois je dis à la dame, il y a un souci avec l'ascenseur, retournez dans votre chambre et après je vais régler le problème. Elle repart dans sa chambre. Après, elle revient. Elle reste devant l'ascenseur, elle regarde. Supposons par inadvertance, on ouvre l'ascenseur, elle rentre. Après elle descend dans le hall. Elle peut remonter. Elle devient agressive après. (...) Oui elle veut partir. Elle devient agressive. Elle crie. C'est pour ça, elle reste au cinquième étage. On l'empêche de descendre.
— Qu'est-ce que vous répondez, qu'est-ce que vous ressentez plus exactement dans votre tête quand on vous pose une question comme ça difficile ?
— Un peu de peine. Plus de la peine pour la personne. Tout en sachant qu'elle, elle va pas quitter... l'établissement, elle reste toujours là. Et donc le fait qu'elle va mourir ici. C'est un peu de peine » (Soal, gouvernant).

En contrepartie, les soignants sont susceptibles d'y souffrir d'un certain isolement, les contacts avec les collègues se raréfiant, y compris dans l'organisation des pauses :

- « Quand j'étais à l'UP, j'étais avec ma collègue. Donc c'est vrai, on était isolé un peu je vais dire des autres. On se mélange pas parce qu'on est à l'UP, non on se mélange pas. À part quand on les trans à 3 heures, on monte. Il y en a une qui reste. Une monte pour faire la réunion.
— À l'UP, on est en binôme et on ne voit pas les autres collègues ?
— Dans la journée, non en général parce qu'on est là à l'UP. Il y a dès fois des collègues qui viennent nous voir bien sûr ou les infirmières, elles sont là. Mais avec les autres collègues, non chacun est à son étage. Donc avec la collègue, oui on se parle de travail. (...) Les pauses, on peut pas les prendre en même temps. Donc il y en a une qui prend la pause. Elle revient et après l'autre, elle part » (Nina, 39 ans, aide-soignante).
- « Je passe mon temps à dire à tous mes collègues 'Mais sortez, faut pas rester à l'étage'. C'est difficile quand on sort jamais de l'étage, et qu'on passe, on passe quand même pratiquement onze heures enfermé, quoi » (Fernando, 37 ans, aide soignant).

¹⁵ Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a même proposé à deux reprises, en mai 2012 et dans son rapport d'activité publié en février 2013, que son champ de compétence soit étendu aux EHPAD, déclenchant un débat vif mais fugace avec le ministère de la Santé.

Au final, les ressentis que nous qualifions de « fatigue d’envahissement » sont marqués par une tonalité invasive et par le caractère à la fois hostile et intrusif de la perception des actes du résident, perception que le confinement spatial semble susceptible d’amplifier ou d’accélérer, sans qu’il soit à l’inverse possible de déterminer si la plus grande intimité avec la maladie que cette insularité induit la modère ou l’aggrave.

3.1.2.2. Le complexe d’Écho, une fatigue de répétition

Nous venons de signaler que la répétition des questions des résidents alimente la dimension invasive des ressentis de fatigue. C’est sur la répétitivité des actes des soignants eux-mêmes que nous souhaitons insister en proposant une seconde entité : la « fatigue de répétition ».

Nous incluons dans cet agrégat la répétition des réponses : le professionnalisme du soignant lui impose en effet d’apporter une réponse à toutes les questions du résident, fussent-elles répétitives. Indépendamment de la fatigue induite par la répétition du geste vocal, éventuellement en forçant la voix pour pallier la déficience auditive du résident, une réponse répétitive, à l’identique ou par reformulation, confronte le soignant aux limites du fonctionnement cognitif de la personne âgée, tandis que de la quasi-absence de l’interaction émerge la sensation de « parler dans le vide ».

- « C’est ça qui est un peu fatigant de répéter toujours la même chose. C’est fréquent. « Quand je vais sortir monsieur, est-ce que ma fille va venir ? Je sors quand ? » Toujours la même chose. Voilà » (Soal, gouvernant).
- « Répéter les choses. Essayer de faire plusieurs choses en même temps. Une fois ça va, deuxième fois ça va mais si on doit répéter une quatrième fois quand même, c’est un peu difficile. Ça fatigue un peu. Parce qu’on sent qu’on a pas réussi, que quelque chose ne va pas. On essaie de chercher une autre possibilité de réussir et on n’est pas satisfait du résultat. C’est un peu oppressant. Avec une personne âgée si on dit que blanc, c’est blanc, noir c’est blanc. Noir c’est noir, à peu près il comprend. Mais la personne avec la maladie Alzheimer, pas vraiment. Il faut toujours répéter et ça prend du temps. Une fois il comprend, deuxième fois il comprend pas. C’est ça. C’est le plus dur pour moi, c’est de répéter des choses. Une fois c’est bon, une journée ça s’était bien passé mais le lendemain je vois qu’on est dans le même cas. C’est toujours la même situation, il faut répéter. C’est pas peut-être dur mais c’est un peu triste. Quand même, c’est une maladie à laquelle on pense quand même beaucoup. C’est triste, c’est fatigant. (...) Ce n’est pas énervant mais c’est un peu fatigant parce qu’après on pense est-ce que peut-être, je peux faire différemment. Après toutes les pensées, tout ça ; tout ce qui se passe après de répéter dix fois la même chose. On fait le travail à côté de penser peut-être, je peux faire ça différemment, peut-être j’ai pas fait ça bien. C’est à peu près tout le travail qui fatigue. (...) Si vous entendez ça chaque jour, de 14 heures jusqu’à 20 heures où vous finissez et répéter chaque fois la même chose, ça fatigue un peu. (...) J’ai mal à la tête » (Sabrina, 26 ans, aide-soignante).

Cette absence de l'Autre dans le dialogue cède parfois la place à la crainte de soi-même devenir fou :

- tout en répondant à une résidente, il s'agit d'« esquiver un peu, de pas trop tomber dans la psychose » (Soal, gouvernant).
- C'est... c'est de rester trop longtemps avec eux... Parce que des fois on a l'impression je crois même de devenir fou... » (Sam, 30 ans, aide-soignante).
- « Je peux remplacer une journée mais je ne peux pas rester à vie à cet étage-là. Je crois que c'est moi qui deviendrais folle » (Marciela, 40 ans, infirmière).

Deux processus peuvent ici être invoqués : d'une part, l'identification, dans la mesure où la répétition ramène le soignant dans une condition similaire à celle du soigné ; d'autre part, la loi de contagion, processus primaire relevant de la pensée magique ou de la magie sympathique et mis en évidence par les anthropologues à la fin du XIX^e siècle, postulant que lorsque deux entités (personnes, aliments, etc.) entrent en contact, certaines propriétés physiques ou comportementales, certaines intentions se transfèrent de l'une à l'autre de façon permanente [Tylor, 1871 ; Frazer, 1890 ; Mauss, 1902]. Loin de tout exotisme cantonnant la loi de contagion aux peuples primitifs, la présence habituelle de la pensée magique a été démontrée chez les sujets occidentaux contemporains les mieux formés [par exemple, Rozin et al., 1989]. Notons au passage que le parallèle (voire l'assimilation) entre maladie d'Alzheimer et folie sont, dans notre échantillon, toujours le fait de personnes d'origine africaine, laissant supposer une cohabitation entre des conceptions traditionnelles de la maladie et le modèle biomédical occidental : Marciela, déjà citée, est congolaise ; pour Kouma, sénégalaise, les malades Alzheimer sont « ceux qui ont des problèmes de tête » ou des « problèmes de fous », tandis qu'évoquant sa Côte d'Ivoire natale, une soignante indique :

- « Bon nous on les prenait pour des fous, quand ils déambulaient... On pensait que c'était des fous. Mais ils restent dans la famille quand même. (...) Très souvent je me dis oh on manque de traitement chez nous, on manque de beaucoup de choses, pourtant ces maladies-là, moi je sais que c'est courant chez nous mais... pour nous on donnait un autre nom. (...) Ben c'est ce que je dis, c'est peut-être la folie, des démons... ils sont fous ! C'est ce que nous on se disait » (Wowa, 40 ans, aide-soignante).

Cette contagiosité de la folie est potentiellement d'autant plus perturbante que les soignants estiment que l'une de leurs difficultés est précisément, à l'annonce du diagnostic, d'expliquer au patient qu'il n'est pas fou mais qu'il souffre d'une pathologie *organique* :

- « Quand ils n'associent pas le terme 'Alzheimer', ils disent, je deviens fou. Ça aussi, c'est dur pour eux. Et puis il y a les non-dits provoqués des fois par la famille. Ah il faut surtout ne pas dire qu'il

est Alzheimer. Nous, ça nous confronte à des non-dits vis-à-vis du résident. La famille si elle n'a pas, si personne ne lui a annoncé de diagnostic. (...) Il faut qu'on ait des mots à dire. Non vous n'êtes pas fou, c'est une pathologie. Voilà » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).

Le sentiment de parler dans le vide que nous venons de décrire peut être éprouvé avec d'autres interlocuteurs de la vie professionnelle. Vis-à-vis de l'équipe de direction de l'établissement, l'absence de réponse à des demandes réitérées considérées comme légitimes — qui soulageraient par exemple la charge de travail physique des soignants — font naître des ressentis de non-prise en considération et de déni de reconnaissance :

- « C'est surtout quand y a une personne qui est alitée, et qu'il faut faire des transferts et qu'on n'a pas forcément le collègue qui est là, ou la machine qu'il faut pour faire le transfert. Et ça le répéter pendant 4 mois qu'on a besoin d'aide... Et de pas voir, forcément voir l'aide arriver, ça aussi c'est, c'est fatigant » (Sam, 30 ans, aide-soignante).

Les relations entre collègues souffrent partiellement des mêmes lacunes, par exemple lorsque les réunions d'organisation ne sont pas suivies d'effets :

- « Y a eu beaucoup de choses ces derniers temps qui ont été dites par l'autre équipe sur nous, sur le quatrième, sur mon étage, ou sur les autres étages aussi, donc ça crée un peu de tension. C'est monté assez haut, jusqu'à un moment où ça a dû, on a dû faire une réunion chacun a dit ce qu'il avait à dire... Et bon ben je pensais que c'était réglé cette histoire, que voilà on allait faire un effort, que on allait essayer de faire en sorte que chaque fois qu'on quitte l'étage, on laisse des serviettes, on laisse de l'eau, on laisse les sacs pour mettre les... les... le linge des résidents... Et en fait non, aujourd'hui je suis arrivé, y avait pas... y avait rien, y avait rien du tout... » (Fernando, 37 ans, aide-soignant).

Enfin, les relations avec les familles peuvent elles aussi être l'occasion de ce sentiment de devoir répéter un message sans qu'aucun interlocuteur n'entende ou ne réponde. La maladie d'Alzheimer est facilement associée, pour les familles, aux difficultés mnésiques et aux troubles comportementaux productifs ; les troubles non productifs (apathie, dépression, prostration, etc.) sont, eux, méconnus, alors qu'ils empêchent ou dissuadent les personnes âgées de prendre part aux animations et activités ergothérapeutiques. Or, les familles escomptent précisément de l'équipe soignante qu'elle stimule les résidents en les associant à ces activités le plus fréquemment possible — attente que les troubles du comportement non productifs ne permettent précisément pas de satisfaire systématiquement :

- « 'S'ils se dégradent, c'est parce que vous le stimulez pas assez' et c'est là le côté fatigant de mon rôle à moi, d'expliquer la pathologie aux familles, d'expliquer les symptômes. (...) il y en a qui veulent pas comprendre et ça, c'est fatigant. C'est parce qu'ils ont des attentes du coup vis-à-vis de nous que nous, on pourra jamais... satisfaire. Et ils vont remettre sur les soignantes. 'C'est

parce que vos soignantes ne veulent pas se fatiguer, qu'ils font comme ça' » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice)

Notons pour finir que cette répétition s'applique non seulement au domaine langagier, mais aussi à la sphère chronologique : face à cette pathologie du temps qu'est aussi la maladie d'Alzheimer, qui laisse intacts les souvenirs les plus anciens mais efface immédiatement les plus récents, le vécu de certains soignants peut être d'être coincé dans une boucle temporelle, voire de revivre chaque jour la même journée que la veille — d'autant que pour tenter de préserver leurs cadres temporels, la journée des résidents est parfaitement rythmée :

- « C'est répétitif chaque jour. Chaque jour, chaque matin, c'est la même chose » (Daria, 40 ans, infirmière).
- « À 10 heures, on les emmène en activité. À midi, ils vont manger. Après manger, on les recouche. Après l'heure du goûter. Après les activités. Après ils attendent à quelle heure ils doivent manger et puis c'est reparti. Donc la journée moi je trouve qu'elle est assez bien cadrée. Ils sont occupés, ils déambulent pas souvent » (Marciela, 40 ans, infirmière).

Le rapprochement peut être tenté entre cette fatigue de ne pas être entendu et la mythologie grecque : condamnée par Héra à ne plus se servir de sa voix, sauf pour répéter les derniers mots qu'elle avait entendus, la nymphe Écho tomba éperdument amoureuse de Narcisse. Méprisée par le jeune homme et incapable de lui adresser les tendres paroles que lui inspirait la passion, Écho dépérit de honte jusqu'à ce que son corps se dissipe dans les airs, ne laissant subsister que sa voix. Que le mythe d'Écho soit lié à celui de Narcisse ne tient pas du hasard, tant sont intriqués le miroir visuel et le miroir sonore dans la construction du narcissisme. Anzieu décrit comment la mélopée de la voix maternelle, témoignage d'une présence vivante et relationnelle, constitue pour le nouveau-né « un bain et miroir sonore », prémisses de son enveloppe (psychique) sonore : l'entendu de l'autre enveloppe le soi dans l'harmonie puis, en retour, il vient répondre et en écho à l'émis et le stimule [Anzieu, 1976, p. 83]. La répétition dans le vide que nous décrivons chez les soignants de la filière Alzheimer nous semble donc contrevenir à un « besoin primaire d'être entendu, pour s'entendre soi-même et s'entendre avec un autre » [Sandor-Buthaud, 2009], et *in fine* renvoyer à l'absence ou à la crainte d'absence primaire d'écho chez la mère. Privé d'un de ses contenants psychiques — ici, l'enveloppe sonore —, le Moi ne peut que s'étioler, à l'image du dépérissement d'Écho, d'autant plus vite qu'il est soumis à des contraintes temporelles soutenues que nous allons maintenant évoquer.

3.1.2.3. La fatigue d'hypervigilance, entre souci de l'autre et pression du temps

Une troisième dimension de la fatigue des soignants en alzheimerologie est liée au besoin de surveillance quasi permanente des résidents. Les soignants considèrent en effet que la caractéristique principale de leur métier est de parvenir à décrypter, derrière les signes de la démence, les besoins du résident — l'essence du *care* est le souci de l'autre :

- On essaie d'anticiper (...) ce qu'ils veulent avant même qu'ils demandent. On sait qu'ils veulent ça. Il faut leur faire ça. Il faut les habiller, faut les aider à manger, faut les emmener. (...) Côté habillage, on voit. Ils sont pas habillés de façon adaptée. S'il fait froid, ils sont pas couverts. On voit qu'ils peuvent pas demander, ils ont froid, ils veulent se couvrir. On le sait tout de suite. On sait qu'ils sont pas habillés de manière adaptée. On sent qu'ils veulent peut-être être habillés de façon adaptée. On découvre et ça les dérange pas. En fait quand ils veulent pas, ils les enlèvent. Ils nous montrent de cette façon-là que non ça, ça va pas du tout » (Marciela, 40 ans, infirmière).

Cette tâche induit de veiller à chaque instant à la sécurité de tous les résidents en même temps qu'à sa sécurité propre face aux gestes agressifs soudains. Outre une vigilance de chaque instant lors des gestes identifiés comme à risque (douche, etc.), le souci du résident est omniprésent, y compris en dehors du temps de travail des soignants :

- Le plus fatigant, « c'est surtout d'abord le souci. Non c'est surtout le souci de se dire 'Mais tiens, il est pas là'. On a peur qu'il lui arrive quelque chose si on l'a perdu de vue quelques instants. En fait c'est pas surtout courir parce que même quand on est pas avec les Alzheimer, même en service normal, on court. On court toute la journée. C'est que pour nous, surtout, avec les Alzheimer. C'est le souci. C'est ce souci-là. Il est en danger, il est en danger permanent. (...) En fait au fur et à mesure que je me prends trop la tête, il y a des moments où je peux rentrer j'ai des céphalées, j'ai mal un peu à la tête. Là ça me fatigue. Et lutter aussi contre la fatigue au niveau de mon travail » (Chantal, 44ans, aide-soignante).

La simultanéité permanente des tâches n'est pas un phénomène spécifique à la filière Alzheimer, mais elle s'y exprime néanmoins, démultipliant les sources de déconcentration au gré des sollicitations :

- « Le travail, c'est le travail. Il faut être vraiment responsable de ce qu'on fait. Ça aussi, c'est un peu fatigant parce que tout le temps il faut penser. Il faut vraiment être à l'écoute et regarder qu'est-ce qui se passe autour de nous. Tout le temps, il faut être réveillé » (Sabrina, 26 ans, aide-soignante).
- « Tel résident a fait ci, tel résident a fait ça. Non je trouve que c'est trop d'informations, je peux pas. Je peux pas accumuler tout ça moi. (...) Sauf s'il y a une urgence, je peux arrêter. Mais je ne peux pas en fait, en même temps, faire, donner les traitements et faire autre chose. J'ai peur qu'à mon retour, que je fasse une erreur et comme je dis toujours à mes collègues, je ne soigne pas des animaux, je soigne des êtres humains. Je veux faire une chose à la fois. Donc je ne peux pas être dispersée. Ça a toujours été comme ça. C'est vraiment un seul truc à la fois » (Marciela, 40 ans, infirmière)

Logiquement, il s'agit pour le soignant d'essayer en fin de journée de lutter contre ce qui lui « prend la tête », occasionnant — selon des processus bien connus en psychosomatique — des migraines. Quant aux activités extraprofessionnelles, elles peuvent avoir pour but de se « changer les idées » (Soal) :

- « J'ai mal à la tête. C'est toujours des pensées à propos du travail qui reviennent » (Sabrina, 26ans, aide-soignante).

La vigilance de chaque instant, si elle n'est pas l'apanage des EHPAD, y est donc rendue impérative par le déficit cognitif des résidents, leur mobilité et leurs comportements occasionnellement agressifs. Elle constitue un facteur de stress somme toute classique, non spécifique, que vient aggraver une fatigue d'impuissance, dernier mécanisme que nous avons identifié dans notre population d'étude.

3.1.2.4. La fatigue d'impuissance : la qualité empêchée par le résident lui-même

Une dernière dimension de la fatigue soignante semble relever du sentiment d'impuissance ; elle associe divers ressentis de désœuvrement, d'inefficacité ou d'incapacité. Nous la décelons dans deux types de circonstances : le premier est le refus de soin ou d'activité chez le soignant de première ligne ; le second est l'impuissance du cadre infirmier face à la fatigue de ses collaborateurs.

Particulièrement fréquent, le refus de soin oblige le soignant, pour aborder le résident en douceur et sans brusquerie, à prendre un temps que l'intensité du travail a considérablement raréfié. Comme précédemment signalé, l'imaginaire soignant se fonde encore largement sur la reconnaissance dont le patient témoigne envers le soignant en échange de son dévouement. Les troubles liés à la maladie d'Alzheimer empêchent ou entravent l'émission de preuves de reconnaissance, ce qui conduit les soignants à interpréter à cette fin les gestes et comportements des soignés. Dans ce contexte, tout refus, toute hostilité du résident alors même que le soignant est en train d'accomplir un geste de soin ou d'hygiène supposé bénéfique au résident constitue une source d'incompréhension et de frustration pour le soignant, affectés majorés par les retards qu'ils occasionnent dans le plan de travail du soignant :

- « Le plus vidant au-delà de, je pense que le refus de soin est plus démoralisant que l'agressivité ou les troubles du comportement dans le sens qu'en plus de... bon quelqu'un qui a des troubles du comportement type agressivité vis-à-vis de nous, on va réussir à essayer de pallier, changer de,

comment dire, emmener sur autre chose pour dévier sa pensée, pour que voilà. Le refus de soin en plus, c'est frustrant parce qu'on peut faire des choses, on pourrait faire des choses mais la personne est dans le refus. Elle aurait besoin qu'on fasse des choses mais elle refuse. Elle refuse, on tourne en rond parce qu'elle refuse qu'on la lave, elle refuse les soins qu'on veut lui apporter quoi. (...) Parce que soigner dans l'opposition tous les jours une personne, rentrer toujours en conflit ce n'est pas possible. On ne peut pas avoir une relation entre soignant/soigné que dans le conflit » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).

- « Et eux peuvent devenir agressifs parce qu'à ce moment-là, c'est inhérent à leur pathologie de toute façon mais ils sont pas dans un moment pour avoir envie de parler avec nous, avoir envie de faire quelque chose. Alors qu'on a envie de faire bien donc des fois, c'est pas évident de se retrouver dans des situations comme celles-là » (Alice, 21 ans, infirmière).
- « Qu'est ce qui me fatigue... je veux pas dire qui me dérange, mais qui me fatigue... c'est quand je suis en difficulté que je n'arrive pas trop... bouger... faire avancer les choses... C'est-à-dire je vois la personne qui est en face de moi, il a besoin de soins... Et que je trouve que ces soins sont vraiment nécessaires pour son épanouissement par exemple, et que je ne sois pas à mes yeux, parce que soit il est agressif, soit il se retranche sur lui-même, et donc je ne peux pas l'obliger... (...). Par exemple quelqu'un qui refuse sa toilette, et que dans le processus il faut donner quelque chose, une médication pour calmer cette personne là.... Dans un premier temps on vient, on donne, on propose un médicament, il dit non ! Si on reste sur le non ça veut dire que, la médication n'est pas prise, et donc du coup la toilette elle sera pas faite, et ça aura un impact sur l'alimentation ou le repas qui sera programmé à une heure commune, et ainsi de suite, donc une accumulation de... » (Antoine, infirmier).

L'impuissance tient ici au paradoxe dans lequel se trouve englué le soignant, où c'est le bénéficiaire des soins qui en empêche lui-même la bonne dispensation, et relève donc dans une certaine mesure des phénomènes de qualité empêchée décrits par exemple par Yves Clot. À ce facteur d'impuissance s'ajoute, pour les cadres soignants, une fatigue vicariante ou secondaire, née de la confrontation à l'usure des soignants de première ligne, qui viennent chercher auprès de leur supérieur une solution ou un instant d'écoute :

- « Je suis confrontée à l'équipe qui s'épuise, moi » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).
- « Les aides-soignants aussi viennent me parler parce qu'ils sont fatigués de tout ça. Parce que déjà quand toi-même, on est fatigué par le travail, il est difficile d'entendre. On comprend bien sûr. On a cette empathie, on va comprendre tout à fait ce que la personne vit ou ressent à ce moment-là. Mais c'est un poids encore en plus à prendre sur soi que la fatigue du soignant » (Alice, 21 ans, infirmière).

Cette impossibilité d'agir selon ses propres normes du « bon travail » naît donc de la contradiction entre le leitmotiv de l'autonomie du résident, qui implique de recueillir son adhésion à chaque moment de la journée, et les nécessités d'assurer le fonctionnement optimal, en termes de rythme et d'efficacité soignante, de l'organisation. L'on perçoit facilement qu'une telle situation puisse par exemple mettre à mal l'estime de soi et la confiance que le soignant porte à ses compétences professionnelles.

Nous venons donc de constater que la fatigue physique, quoique présente, n'est que faiblement spécifique à notre population et de proposer de distinguer, au sein de la fatigue psychologique, quatre dimensions de fatigue plus caractéristiques du travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : une dimension d'envahissement, marquée par des caractères intrusifs et hostiles proches du harcèlement, à potentiel traumatique ; une dimension de répétition, menaçant les contenants psychiques du Moi ; une dimension d'hypervigilance, stress plus classique mais aggravé par les caractéristiques cliniques de la maladie d'Alzheimer, et une dimension d'impuissance, née de l'empêchement à agir selon ses propres critères de qualité. Ces quatre dimensions sont, dans notre esprit, intriquées et éventuellement cumulatives. Il n'est par ailleurs guère surprenant, eu égard à la spécificité de la profession soignante, que ces quatre dimensions de la fatigue semblent si intimement liées à la relation soignant-soigné elle-même.

Puisque la persistance de ressentis de fatigue induit, par définition, l'inefficience ou le débordement des stratégies de lutte qui leur sont opposées, nous nous sommes également attaché à explorer ces dernières, qu'elles revêtent un caractère individuel et conscient ou qu'elles ressortissent à des mécanismes de défense collectifs. Tel sera l'objet de la section qui s'ouvre.

3.2. Stratégies de lutte contre la fatigue

Il nous a semblé pertinent, dans le cadre de cette recherche, de nous intéresser aux stratégies de lutte contre la fatigue : elles nous paraissent contribuer à mieux isoler les phénomènes relevant des *symptômes* de fatigue de ceux relevant des *plaintes* de fatigue, c'est-à-dire à mieux distinguer le domaine de l'éprouvé et celui de l'acte de communication. Nous intégrons volontairement dans notre réflexion les petits actes ou rituels de la vie quotidienne, considérant que les mesures qu'un sujet prend afin de lutter contre la fatigue constituent de précieux indicateurs des causes auxquelles il attribue ladite fatigue.

S'agissant d'une fatigue d'origine professionnelle, c'est sur les stratégies collectives de lutte contre l'épuisement — qui s'inscrivent d'ailleurs dans une problématique plus large — que nous porterons d'abord notre regard (3.2.1.). Fondant provisoirement notre approche sur le postulat simple, quasi truistique, que la fatigue du soignant, lorsqu'elle se chronicise, témoigne d'une faillite de ces stratégies de lutte collectives, nous nous intéresserons ensuite aux petites pratiques

quotidiennes appliquées sur le lieu de travail et en rentrant au domicile pour tenter de lutter malgré tout contre la fatigue (3.2.2.).

3.2.1. Les stratégies collectives de lutte contre la fatigue

Nous avons identifié deux types de stratégies collectives inconscientes ayant pour objectif, parfois secondaire, de lutter contre la fatigue : un processus de clivage de la représentation psychique qu'ont les soignants du résident et la création d'une illusion familiale, dont nous décrirons rapidement l'émergence et les limites. Ces deux stratégies ne peuvent se comprendre que dans la logique de pression temporelle subie par les équipes, que nous présenterons donc tout d'abord.

3.2.1.1. Gagner du temps sur tout pour en consacrer au résident ?

Le rythme de travail et son intensité figurent constamment parmi les principales causes de fatigue mentionnées ou sous-tendues par les discours des soignants. À la course perpétuelle contre le temps correspond logiquement une chasse constante contre toutes les sources de perte de temps, généralement justifiée par la nécessité de dégager du temps à consacrer au résident. Les facteurs organisationnels tels que le manque de personnel, l'absentéisme, le manque de matériel, etc. n'ont finalement été que rarement mentionnés par nos interviewé(e)s, comme si leur pénurie était banalisée, à l'exception du rythme de travail, organisé en rotations plus ou moins régulières :

- « Quand il manque une collègue, ça nous déséquilibre totalement, oui » (Lorie, 37 ans, aide-soignante).
- « C'est-à-dire on arrive y a pas de serviettes, y 'a pas de... de protections, il manque des gants, untel a fait un... enfin bon c'est, c'est tous ces petits trucs qui moi mis bout à bout font que ... A un moment je me lasse, et je me dis bon ben pfff.... Voilà là ça faisait quelques jours que j'étais un peu au ralenti quoi je... j'avais pas envie de... de... de me fatiguer, j'avais pas envie de courir, j'avais pas envie de... de... de... même de faire le mariol pour qu'ils, pour les faire rire quoi. J'étais, même ma collègue m'a dit mais en ce moment tu... t'es pas là ! » (Fernando, 37 ans, aide-soignant).
- « Je suis une personne qui s'absente pas. Donc je suis là régulièrement. Et on a des jours de repos bien sûr, heureusement d'ailleurs. Et c'est vrai quand on est régulièrement deux jours de repos, deux jours de travail, trois jours, on sent la fatigue. Mais on la sent plus les week-ends, les trois jours du week-end parce qu'il y a les familles aussi. Donc c'est épuisant aussi quand il y a les familles à l'UP. C'est plus fatigant oui. Et je suis pas la seule à le dire. Parce que je travaille avec des collègues qui ressentent la même chose » (Nina, 39 ans, aide-soignante).

L'on notera au passage que la présence des familles le week-end, ou l'agitation des résidents en fin de journée, bien que réelles, font souvent l'objet d'une exagération rhétorique, par généralisation, avant que le locuteur lui-même ne se reprenne :

- Ce qui est le plus fatigant, « c'est l'agitation des personnes, quand elles sont agitées et surtout quand elles sont agitées tous en même temps. Ça arrive, la fin de la soirée par exemple. Ils sont agités. Je dis pas tout le monde mais deux, trois personnes oui » (Nina, 39 ans, aide-soignante).

Cette intensité justifie, nous l'avons évoqué, la traque de tous les facteurs susceptibles d'occasionner une perte de temps. Paradoxalement puisqu'elle est le premier bénéficiaire des soins et que le rythme de travail est présenté comme soutenu dans le seul but de dégager du temps pour le résident, la personne âgée est aussi, au moindre comportement d'opposition, une source de ralentissement et de détérioration de la qualité du travail :

- « Par exemple quelqu'un qui refuse sa toilette, et que dans le processus il faut donner quelque chose, une médication pour calmer cette personne là.... Dans un premier temps on vient, on donne, on propose un médicament, il dit non ! Si on reste sur le non ça veut dire que, la médication n'est pas prise, et donc du coup la toilette elle sera pas faite, et ça aura un impact sur l'alimentation ou le repas qui sera programmé à une heure commune, et ainsi de suite, donc une accumulation de... » (Antoine, infirmier).

Cette contradiction affectant la relation soigné/soignant, cœur du métier, ne nous semble pouvoir être supportée qu'au prix d'un dédoublement de la représentation du résident — premier mécanisme de défense collectif.

3.2.1.2. Le clivage du résident, une tentative pour le rendre tolérable

Nous empruntons le concept de clivage à Melanie Klein qui montra, notamment chez l'enfant, les objets ne sont pas perçus et compris objectivement, mais clivés de telle sorte que leurs imagos (objets partiels) soient dotées chacune de qualités exclusivement bonnes (bon objet) ou exclusivement mauvaises (mauvais objet) [Klein, 1946 ; Klein, 1955].

L'hypothèse d'un phénomène de clivage nous paraît pertinente pour expliquer comment le Moi du soignant peut supporter sans davantage de dommages psychiques que le résident soit à la fois la source d'agressions psychiques, tout en demeurant au centre d'une relation de soins pérenne.

C'est l'omniprésence des comparaisons avec l'enfant qui nous a alerté. L'infantilisation du patient est un mécanisme connu de longue date chez les soignants, favorisé par l'état d'infériorité dans lequel se trouve le patient, mais fermement combattu en gériatrie où il s'agit de conserver à

la personne âgée sa dignité d'être humain adulte, aussi grande la perte d'autonomie physique ou psychique qui l'affecte soit-elle. La formation initiale et continue des soignants veille au respect de cette ligne de conduite — mais le discours de nos interviewé(e)s laisse entrevoir à de multiples reprises des processus d'infantilisation malgré eux, les niant parfois pour mieux les donner à voir :

- « Le problème que moi j'ai constaté, je suis pas parfait, mais euh... c'est que les gens traitent souvent les malades d'Alzheimer comme des enfants. Et sont... c'est pas, c'est peut-être parce que c'est la légende urbaine que Alzheimer ils rajeunissent dans leur tête, et en fait non ils sont, c'est pas, c'est pas, c'est pas spécifiquement, ils redeviennent pas des enfants...non, ils perdent des facultés, et petit à petit oui c'est... Mais voilà c'est pas des enfants, et ils ont 80, 90 ans, 100, 102 ans, il faut pas les... et je sais que moi j'ai passé des mois et des mois à me battre avec certaines de mes collègues, je leur disais c'est pas un enfant, tu es en train de t'occuper d'une personne qui a 80 ans, qui a peut-être pas toute sa tête, mais qui... mais tu n'as pas à traiter comme si il avait 2 ans, ça se fait pas ! Et c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui profitent... profitent de... de la maladie d'Alzheimer, pour en fait pas être maltraitant mais euh... mais ne pas les respecter entièrement en tant que, en tant qu'être humain, en tant que personne d'un certain âge qui à une vie, qui a des envies, qui est, enfin pas envie qu'on l'emmerde tout simplement !... ». *[Mais pour ramener un peu d'ordre en cas d'altercation entre résidents, le même soignant utilise « sa grosse voix »]* « Alors la grosse voix c'est un... c'est un des restes de la crèche ! C'est en fait... Oui j'ai travaillé en crèche aussi. C'est disons quand je vois que... qu'il y en a un qui va taper sur l'autre quoi c'est... généralement je... si je suis à l'autre bout de l'étage ils m'entendent. Bon ça c'est... je devrais pas le faire... en réalité je devrais pas le faire... mais bon c'est... c'est généralement pour stopper le... ». *[Puis, comparant son expérience en crèche et en EHPAD]* « Je vois pas vraiment la différence, sauf la taille quoi c'est, presque c'est ce que je pourrais dire, parce qu'ils ont... même si c'est les personnes âgées elles ont autant besoin d'attention même que les petits, peut-être moins parce que bon les petits sont un peu plus demandeurs mais... non faut... y a tout autant de règles d'hygiène de façons de faire, de techniques, de ... non je crois pas... je pourrais pas vraiment vous dire la différence. Surtout ben que bon j'aime vraiment, j'aime vraiment les deux » (Fernando, 37 ans, aide-soignant).
- « Ces personnes âgées, c'est comme les enfants. Je suis habituée à rester avec les enfants » (Kouma, 40 ans, agent des services hospitaliers).
- « Voilà c'est ça, c'est comme les petits bébés. 'Mais maman pourquoi ?'. Tu dis une fois, deux fois, trois fois, après tu as envie de lui dire 'Mais tu as pas compris ?' » (Daria, 40 ans, infirmière).
- « Parce que je vois quelqu'un d'autre qui a quand même besoin de mon aide, qui quand même je vois dans sa peau, il est pas bien. Et il est perdu. Au moment où je l'aide, je vois qu'il essaye de faire quelque chose. Quand même, il reste pas tout seul et il fait un petit progrès. On peut dire comme un enfant. C'est un grand enfant. Pour moi, c'est à peu près ça. » (Sabrina, 26ans, aide-soignante).

Dans nos interviews, les soignants ont souvent une expérience antérieure en lien avec l'enfant : maternité, crèche, pédiatrie, etc., sans que nous disposions d'éléments biographiques nous autorisant à affirmer que ces expériences ont été sciemment choisies (en quel cas le passage de l'enfant vers la personne âgée devrait être questionné), ou si le passage dans ce type de service est rendu obligatoire dans le parcours de formation désormais généraliste des soignants.

D'autres facteurs tendent à alimenter ce mouvement d'infantilisation : outre l'image de « retour à l'enfance » qu'ont la vieillesse et le gâtisme dans la culture populaire occidentale, les comportements d'agrippement que nous avons décrits plus hauts sont effectivement, du point de vue psychodynamique, des mouvements régressifs. Les activités de *care* elles-mêmes consistent à pourvoir aux besoins vitaux et d'hygiène de ces populations d'âges très différents mais toutes deux en situation de dépendance (changer les protections, veiller à l'hygiène corporelle, aider à manger...). Enfin, s'agissant d'une population très majoritairement féminine en âge d'avoir ou d'avoir eu des enfants, il est peu surprenant que les soignantes puisent dans leur expérience extraprofessionnelle de femme et de mère des points de comparaison et des gestes ou attitudes ayant fait leurs preuves.

Notons d'ailleurs la récurrence des motifs relatifs au jeu qui, sous couvert d'animations socio-culturelles et de stimulations diverses, nous semblent inciter le résident à s'occuper plutôt qu'à demeurer inactif ou à déambuler — ce critère d'activité contribuant à l'étiquetage positif du résident.

La conjonction de ces facteurs est probable, parmi d'autres. Mais nous proposons de considérer qu'ils ne font que cristalliser ou qu'être mis au service du processus de clivage que nous avons avancé. Voir l'enfant dans l'ainé permet d'alimenter le « bon objet », en un processus proche de l'idéalisation. Auréolé de ces qualités infantiles de fragilité, de spontanéité, de tendresse, le bon vieillard peut demeurer au centre d'une relation de soins bienveillante et dévouée — et ainsi alimenter l'image que le soignant a de sa profession et du professionnalisme :

- « Quand on va leur faire quelque chose, un soin par exemple, elles vont afficher plus clairement, de façon plus exposée leur ressenti. On va avoir une bise sur la main. On va avoir carrément un bisou parce qu'ils sont contents et c'est des relations qu'on a souvent qu'avec une personne plus atteinte, atteinte de la pathologie d'Alzheimer ou une autre pathologie apparentée » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).

Ce clivage nous semble la condition *sine qua non* pour que le soignant puisse tolérer les atteintes dont le même résident peut par ailleurs à tout moment se montrer responsable (agressions physiques ou verbales, cris, souillures excrémentielles, etc.), ses qualités négatives s'agrégeant en un mauvais objet, dans une tentative de le tenir éloigné. Le clivage se donne ainsi à lire dans les mécanismes de rationalisation ou de naturalisation, qui permettent d'abaisser l'angoisse du soignant en raccrochant tout comportement « déviant » à la maladie :

- « On sait que la personne n'a pas conscience de ce qu'elle est en train de faire. (...) Parce que c'est... c'est pas quelqu'un qui... qui vient me faire du mal, et qui fait du mal intentionnellement hein ! C'est pas réfléchi... elle a pas réfléchi ce matin : 'La soignante va venir m'aider et que je serai en colère, et que je vais la griffer'... » (Sam, 30 ans, aide-soignante).

Si nous avons présenté le clivage comme une stratégie de lutte contre la fatigue, alors qu'il s'agit manifestement d'un mécanisme de défense du Moi, c'est parce qu'il nous semble secondairement utilisable dans le cadre d'une stratégie de lutte contre la fatigue. C'est au profit des soins au « bon résident » que du temps doit en effet être dégagé, alors que le « mauvais résident » constitue un facteur de ralentissement. Ainsi clivé, il devient éthiquement plus acceptable pour le soignant de chercher à malléabiliser le résident par tous les moyens disponibles, dont nous avons repéré deux modalités — les techniques d'amadouement et la médication :

- « Quand on est gentil avec eux, ils vous le rendent bien. Quand... ils peuvent compter sur vous, ben voilà ils savent... ils savent que... y a pas de raison pour qu'ils s'énervent, ou qu'ils deviennent agressifs ou euh... » (Fernando, 37 ans, aide-soignante, déjà cité).
- « Le toucher parce que c'est des personnes qui aiment beaucoup, qui aime le toucher. Qui aiment beaucoup et qui aiment des gestes tendres. Qui aiment aussi le regard tendre. Mais s'il constate que pendant qu'il est agressif envers vous, vous aussi vous employez la même technique que lui, il se dit mais c'est quelqu'un qui... vis-à-vis de cette personne, il est en danger. Donc l'agressivité devient plus, plus... » (Michou, 31 ans, aide-soignante).
- « Par exemple quelqu'un qui refuse sa toilette, et que dans le processus il faut donner quelque chose, une médication pour calmer cette personne là.... Dans un premier temps on vient, on donne, on propose un médicament, il dit non ! Si on reste sur le non ça veut dire que, la médication n'est pas prise, et donc du coup la toilette elle sera pas faite, et ça aura un impact sur l'alimentation ou le repas qui sera programmé à une heure commune, et ainsi de suite, donc une accumulation de... » (Antoine, infirmier, déjà cité).

En termes d'économie psychique, cette hypothèse du clivage donne notamment lieu à des modalités d'introjection et de projection différenciées pour le bon et le mauvais objet, qu'il ne nous semble pas opportun de développer ici puisqu'elles relèvent de la psychanalyse clinique ; mentionnons simplement que le bon objet tend à favoriser l'identification, tandis que le mauvais objet condense un noyau hostile, dont le psychisme se protège par divers mécanismes de défense, éventuellement cumulatifs ou successifs. Les termes « folie », « psychose » ou « démon » que nous avons rencontrés nous dès lors semblent corroborer ce ressenti inconscient de cohabitation. Les techniques d'amadouement que nous avons évoquées plus haut évoquent tout aussi bien des attitudes adoptées devant une entité perçue comme menaçante ou agressive qu'il s'agira de dompter en douceur, que des comportements relevant d'une identification à l'agresseur — dans

les deux cas, la séduction est à l'œuvre. La fatigue d'envahissement peut du coup être lue comme la perception de l'empiètement de ce mauvais objet sur la vie psychique du sujet et comme le mécanisme de défense mis en place, tandis que la maltraitance signe l'échec brusque de son maintien à distance.

La présence cryptique du mauvais objet nous semble pouvoir expliquer certains mouvements d'hostilité ou d'agressivité à son égard qui, ne pouvant que difficilement se manifester dans la vie concrète sans porter simultanément atteinte au bon objet, s'en trouvent déviés vers d'autres objets : le soignant lui-même, un collègue, l'équipe, la direction, l'institution, etc. Ce déplacement n'est pas anodin, puisque les relations à autrui nous ont, dans notre population d'étude, paru reposer sur l'illusion de constituer une famille de substitution, fantasme que nous tenons partiellement pour une seconde stratégie de lutte contre la fatigue.

3.2.1.3. Le collectif de travail, une illusion substitutive familiale ?

Le rôle du soutien social, et notamment du soutien entre collègues, est constamment mis en avant dans la littérature consacrée au burn out, nous l'avons rappelé dans notre chapitre 1. Dans nos entretiens, le rôle de l'ambiance de travail est réaffirmé comme permettant de surmonter la fatigue, et prend parfois une tournure familiale soutenue :

- « On ne sent pas la difficulté quand on s'entend bien, quand ça se passe bien, quand l'ambiance est très, très bonne. Mais quand l'ambiance n'est pas bonne, le travail est difficile. L'ambiance n'est pas bonne, ça ne passe pas. (...) L'ambiance, c'est le contact entre collègues. Les affinités, la façon dont on vit. Parce qu'on passe, on va dire on passe plus notre temps au boulot qu'à la maison. Donc quand on arrive, comment on est accueilli même avec... tout ça ici à Orpéa, ça devient familial. En fait on est là, on rigole. On console les autres quand ça ne va pas. Nous sommes tous unis » (Marciela, 40 ans, infirmière).
- « Je ne suis pas prête à me prendre la tête parce que déjà aussi le travail, c'est très difficile aussi en binôme. C'est intégré aussi au sein de l'entreprise. En fait entre guillemets, si je peux dire c'est ça le plus difficile. (...) Oui au sein en fait de la maison, être aimé, travailler bien en collaboration avec sa collègue. S'entendre bien. Comprendre les réactions des uns et des autres, peut-être des autres collègues qui même s'ils sont pas du tout en étage... Les comprendre aussi et voir comment ça fonctionne » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).

Nos entretiens suggèrent, au plan fantasmatique, la mise en place d'un nouveau « roman familial » intriquant étroitement l'histoire familiale du résident et celle du soigné, aboutissant à la re-crédation d'une famille fictive, potentiellement génératrice de tensions avec les éléments des

familles réelles du soigné et du soignant. Plusieurs phénomènes convergent pour, à notre sens, alimenter ce processus.

Le premier concerne la **vocation** et les paramètres ayant contribué au choix du métier. Fréquemment dans nos entretiens, l'entrée dans la carrière, voire la personne âgée, est mise en relation avec l'histoire familiale du soignant. Nous croyons même distinguer, à partir des éléments biographiques glanés, trois types de relation au soigné :

- la relation spéculaire, qui consiste à voir autrui comme un autre soi-même :
 - « J'apporte ce soin à cette personne, de cette façon parce que je ferais de la même façon pour moi » (Alice, 21 ans, infirmière)
- la vocation par répétition d'événements familiaux antérieurs :
 - « Parce que j'ai ma grand-mère, elle est vieille comme ça. Maintenant j'ai l'habitude de les connaître » (Kouma, 40 ans, agent des services hospitaliers).
 - « Quand j'étais jeune, j'étais pas ici, donc au pays. On avait une tante, j'avais une tante maternelle, la tante à ma mère. C'est la tante à ma mère. Elle avait pas de revenus, elle avait pas d'enfants, rien. Donc un jour il y avait des inondations et tout donc la maison est tombée sur elle. Et donc il y avait personne. Elle a personne à part donc ses neveux et nièces. Donc personne a voulu la garder parce qu'elle n'a pas de revenus. Et ma mère a été la chercher. Et donc on a pris soin, pas toutes seules hein, toute la famille. Mais c'est là que j'ai commencé déjà à m'occuper des personnes âgées. Il y a donc la tante à ma mère et il y a ma grand-mère maternelle. Dès fois, on a les deux dans la même chambre. Et j'adore m'occuper d'elles parce que même déjà à ce moment-là, je réussissais quand même à les doucher, à les laver. Quand ma grand-mère elle fait parce que je crois que toutes les personnes âgées font, je sais pas comment dire, ils refusent de manger. Et moi, avec moi elle a jamais dit quoi que ce soit. Je vais tout doucement, je parle, je m'assois avec elle pour lui montrer qu'elle est propre, qu'on la repousse pas. Je lui propose, est-ce que je peux faire une petite sieste à côté de toi et tout ? Elle me dit 'Mais non moi, je suis vieille, moi je suis dans le lit. — Non mais même si t'es vieille, même si tu es dans le lit mais tu es propre'. Et je dis à ma grand-mère 'Je reste avec toi'. Elle est contente. Donc ça a commencé comme ça. Là c'était au pays » (Catherine, 45 ans, aide médicopsychologique).
 - « Madame X, je la vois tout le temps. Elle me fait penser un peu à ma grand-mère. Je pense à ma grand-mère quand j'arrive. Je suis amical avec elle, je lui fais la bise. 'Comment allez-vous ? » (Soal, gouvernant).
 - « Il faut vraiment s'occuper d'eux, et il faut vraiment les prendre comme une... je sais pas comment vous dire... comme une... comme si c'est notre famille même quoi » [*le père d'Awa était manifestement atteint de la maladie d'Alzheimer au Mali et n'a pas été pris en charge selon les protocoles occidentaux*] Je les prends comme eux, comme mon papa disons. Parce que quand j'étais là-bas, je m'occupais bien de mon papa » (Awa, 43 ans, auxiliaire de vie).
 - « Ça m'a toujours plu parce que c'est le métier qu'avait aimé exercé ma maman. Ma maman avait toujours aimé travaillé dans le domaine de la santé. Et comme j'étais la fille pour elle qui était la plus intelligente, elle disait toujours « si un jour tu pouvais faire la santé ». Quand j'ai fait ça, je faisais ça pour elle » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).

- la vocation par réparation, y compris à l'égard d'un proche que le soignant n'a pas eu ou connu :

- « Alors je vous... je voulais déjà apporter des soins à mes proches... Donc je pense que ma motivation principale est venue de là parce que... À ma famille, parce que tout petit j'ai vu... Ma sœur qui était malade, et donc au... le truc m'a dit je, comment dire j'ai un le tic je me suis dit soigner les, soigner les autres ça serait pas... ça serait pas mal, donc c'est... ma vocation je suis parti comme ça, vers les... voilà vers les soins » (Antoine, infirmier).
- « J'ai jamais eu de grands-parents pour vous dire la vérité. Mes grands-parents sont tous décédés. Ma mère elle avait, sa mère, ma grand-mère qui m'aimait pas trop et du coup je rentre, je parle avec eux [les résidents], je sais pas. Moi je suis bien avec eux. Et eux me reconnaissent. Pour moi, c'est une drôle de chose. Le fait qu'ils peuvent pas reconnaître les autres mais ils me reconnaissent moi. Et moi je trouve ça très, très satisfaisant » (Daria, 40 ans, infirmière).

Ces modalités de la relation au soigné sont fréquentes. Nous estimons, en revanche, ne pas disposer d'éléments suffisants pour déterminer si ce type de discours constitue une réécriture pour transformer après coup l'exercice du métier choisi pour de tout autres raisons (aléatoires, financières, statutaires, etc.) en une vocation née dès l'enfance, ni si ou quand les processus à l'œuvre sont d'ordre psychologique (nécessité de donner un sens historicisé au travail actuel et aux difficultés qu'il engendre, voire de l'idéaliser) ou sociologique (nécessité d'idéaliser le parcours professionnel pour l'inscrire dans le schéma vocationnel de dévouement et de sacrifice et ainsi correspondre à l'image que la profession a d'elle-même), ni encore — la majorité des interviewés venant d'Afrique ou des DOM-TOM — s'il s'agit de renouer un lien symbolique avec les origines.

À ce rattachement au roman familial du soignant, répond le souci de réinscrire le résident dans son propre schéma biographique, à l'aide d'informations glanées dans le dossier, auprès de ses proches ou lors de ses moments de lucidité, afin d'y alimenter la relation humaine ou d'y puiser divers éléments utilisables dans la relation avec lui — pour gérer un comportement difficile par exemple :

- « Le plus épanouissant, c'est souvent le dialogue même s'il n'est pas, par moment, cohérent. Le fait de dialoguer, d'avoir quand même des personnes parce que souvent la maladie d'Alzheimer ça vient pas toujours à un âge où on est déjà trop grabataire (...). Être à leur écoute, écouter ce qu'ils disent même si c'est pas, par moment, cohérent. C'est le dialogue qui existe entre ces gens et moi. En fait important dans la mesure où à un certain moment, on veut connaître vraiment pourquoi ils sont arrivés là, pourquoi cette dégénérescence intellectuelle, comment ça se passe » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).
- « Par exemple si je prends (...) Monsieur X, la veille je le vois qui était en difficultés, qui ... on a noté une agressivité, il a refusé les soins voilà il... Je reviens le lendemain, je vois cette personne, et elle se présente à moi sous une autre forme ou... voilà... que je qualifierais ici de gentil zozo, et

qu'il me dit euh... 'Je n'ai pas bien dormi', et moi je me dis ah oui, hier il avait ça comme difficulté, il m'a... disons il m'a secoué, et j'ai eu des difficulté pour le prendre en charge pour la toilette, pour le repas, pour les médicaments... Et aujourd'hui j'arrive, et on se dit bonjour, et il m'explique la vie qu'il a passé par exemple... y a 5 ans, 10 ans comme... il était voilà... il était jeune ou il avait... il était en activité, et je vois que... le fait qu'il a la maladie. Mais il a des périodes où il s'ouvre à l'autre, et il explique ce qu'il est, et ce qu'il a été, donc ça me donne une certaine motivation, voilà. À venir vers la personne et à l'aider » (Antoine, infirmier).

Enfin, les discours recueillis sur la période d'institutionnalisation d'une personne âgée et sur la culpabilité de sa famille suggèrent de leur côté que, tout comme les soignants « passent la main » à un autre soignant en cas de difficulté avec un résident, la famille « passe la main » à l'équipe soignante lors de l'entrée en EHPAD. Le discours psychologisant sur la culpabilité des familles institutionnalisant leur aîné est à cet égard très ambigu : ne reposant parfois sur aucune autre objectivation que la *perception* des soignants, il nous semble permettre au passage de réassigner les membres de la famille au statut d'« aidants » (c'est-à-dire d'auxiliaires), voire — comme nous l'avons suggéré plus haut (v. § 2.4.3., « Familles de résidents : les bonnes... et les trop présentes »)— de les transformer en quasi-patients, nécessitant un accompagnement par l'équipe soignante, tout en entamant leur légitimité à participer au processus de prise en charge de leur aîné. À demi-mots et par retournement (parfois en affirmant précisément le contraire), sans doute ces discours attestent-ils que pour certains soignants, les familles ont toutes les raisons réelles de se sentir coupables d'ainsi abandonner leur parent — notamment chez les soignants issus de cultures où la solidarité intergénérationnelle est très forte :

- « Parfois ils se sentent seuls, ils n'ont pas de famille. C'est quand même triste. Ce n'est pas comme chez nous en Afrique » (Michou, 31 ans, aide-soignante).
- « Et c'est pas facile de voir quelqu'un de sa famille dans une maison de retraite et encore plus dans une unité protégée. Et en plus on vit aussi que parfois les familles se sentent coupables de laisser parce que c'est leur parent ou leur tante, dans ce type d'endroit. Parce que pour eux, c'est aussi une façon de se dire qu'ils étaient pas capables de faire ce qu'il fallait à la maison alors que c'est pas du tout le cas. On a tous nos limites. Donc à un moment donné, il faut passer la main. Mais ça, je pense qu'on a pas encore cette image bien ancrée de la place de la famille dans ce processus de mettre une personne à l'unité protégée. (...) Ça peut perdurer. J'ai encore des familles qui m'appellent. On sent, ils vont pas expliciter les choses en disant « oui je m'en veux. Ça se passe pas du tout comme ça mais quelqu'un qui est très anxieux, qui vous appelle souvent pour avoir des nouvelles, même parfois plusieurs fois par jour ou qui vont, je sais pas, un peu chipoter sur des détails « Maman a perdu une chaussette, ça fait la deuxième fois ». On sent qu'en fait le malaise est plus profond. Ils s'en fichent de la chaussette qui est perdue et c'est juste qu'ils ont besoin d'extérioriser leur colère entre guillemets parce qu'on est pas jusque-là mais leur mal-être par des détails qui peuvent paraître futiles. Mais au final, c'est beaucoup plus profond que ça. C'est pas toutes les familles qui sont comme ça mais il y en a quelques-unes et pourtant les personnes sont là depuis longtemps, dans la structure » (Alice, 21 ans, infirmière).

Certains discours sont même assez explicites sur le souhait inconscient des soignants de reléguer la famille dans le passé, quitte à se substituer à elle :

- « Comment se fait-il que ces personnes ont vécu, ils ont eu une vie, ils ont eu une famille et du jour au lendemain, ils ne reconnaissent plus personne » (Isabelle, 44 ans, auxiliaire de vie sociale).
- « Quand l'aidant dit, je n'ai pas pu venir avant parce que je devais faire les courses, ben ce n'est pas grave. On était là » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).

L'intrication graduelle de ces phénomènes (vécu du collectif de travail comme une famille, rattachement de la vocation du soignant à des raisons familiales, réinscription du résident dans son histoire personnelle, limitation progressive du rôle dévolu à la famille du résident) nous semble suggérer conduire à la substitution symbolique de la famille réelle du résident par l'équipe soignante — de façon encore plus spontanée lorsque le résident n'a pas de famille réelle. Le processus est d'ailleurs facilité par l'usage du terme « maison de retraite » ou « maison », ou encore par la conception des EHPAD comme des « lieux de vie » où chaque résident doit pouvoir se sentir chez lui, où la connotation familiale est patente.

Ériger l'équipe soignante en fratrie permet de diluer l'effort pour prendre en charge le parent symbolique. Mais cette stratégie de l'illusion familiale substitutive peut s'avérer contre-productive, d'autant que la lutte contre la fatigue n'est probablement pas son objectif premier : les luttes fratricides pour s'assurer l'amour du parent affleurent dans les difficultés relationnelles au sein de l'équipe, tandis que la coexistence de ce fantasme familial respectant l'ordre générationnel et du processus d'idéalisation du bon objet présenté plus haut, aboutissant à son infantilisation, qui induit au contraire une inversion de l'ordre des générations, provoque vraisemblablement un conflit intrapsychique important, avec déperdition d'énergie.

La persistance ou le développement de ressentis de fatigue malgré les stratégies collectives mises en place signent l'échec de ces dernières. Les professions soignantes étant marquées par des tentatives de résolution des problèmes beaucoup plus fréquemment individualistes que collectives, en raison notamment de leur mise en avant de leur engagement personnel et de l'importance de leur mission à l'égard du malade [Loriol, 2000, p. 163], le repli vers des solutions plus individuelles de gestion ou de lutte contre la fatigue nous a paru devoir être pris en considération.

3.2.2. Du travail au domicile, l'impossible répit, l'improbable repos

Notre souhait d'étudier la « petite » fatigue quotidienne a pu déconcerter certains de nos interviewés, tant la fatigue est un phénomène perçu comme banal — obstacle auquel nous ne nous attendions pas nous-même... Plus volontiers déconnectée des propos revendicatifs et/ou politisés, elle nous a semblé pertinente pour traquer les méthodes de gestion ou de lutte qui lui sont opposées et, plus profondément, les causes auxquelles la fatigue est attribuée, au travail (3.2.2.1.) comme au retour au domicile (3.2.2.2.).

3.2.2.1. En service, l'impossible pause

Nous avons signalé plus haut la fatigue d'hypervigilance consécutive aux troubles liés à la maladie d'Alzheimer (déambulation, agressivité soudaine, etc.).

Classiquement et de façon non spécifique au secteur, la fatigue tend à être, sur le lieu de travail, combattue — ou du moins contenue — par des moments de pause, formellement prévus ou improvisés. Le vocabulaire utilisé met l'accent sur le sentiment d'oppression et est généralement à consonance orale, puisqu'il s'agit d'ingérer divers éléments : air, café, cigarette — l'oxygène, la caféine et la nicotine ayant en commun leurs propriétés psychostimulantes :

- « Oh généralement je descends, ben je descends fumer une cigarette quoi ... Je... la journée en elle-même pff... moi je trouve qu'elle passe tellement vite. Parce qu'on... il se passe tellement de choses en unité protégée, que... généralement c'est vrai qu'en plus moi je descends régulièrement pour fumer une clope, donc ça me fait... je prends un peu l'air ça me fait du bien, et euh... » (Fernando, 37 ans, aide-soignant)

Mais ces moments semblent rares et deux paramètres d'origine organisationnelle, partiellement liée à l'hypervigilance, nous semblent contribuer à aggraver la fatigue des soignants. D'une part, nos interviewés témoignent d'une impossibilité quasi générale à prendre leurs pauses, ou du moins à profiter de leurs moments de pause, sans cesse interrompues ou mises à profit pour finir les transmissions :

- « Ici même au moment de la pause, je suis sollicitée. Donc je me repose plus chez moi » (Marciela, 40 ans, infirmière).
- « Dans ce cas [en cas de coup de fatigue], s'il m'arrive, je prends une tasse de café. Toute seule parce qu'on prend en travaillant aussi parce que tellement, il y a trop de choses à faire. Mais pendant qu'on prend le café, même comme tout à l'heure pendant que je prenais le café, j'étais en train de faire mes transmissions. Tout ce que j'ai travaillé du matin jusque-là. On est toujours en train de travailler. On a pas le temps d'aller prendre une petite pause café. Le matin, on nous dit

qu'on a une pause de quinze minutes. Déjà qu'on la prend jamais parce que si on la prend, on finira jamais nos toilettes. À midi, on nous dit on a 45 minutes de pause. C'est à peine qu'on les prend. La charge de travail, elle est vraiment lourde. On se retrouve à prendre quinze minutes franchement quand ça ne va pas. On peut prendre trente minutes, quinze minutes. Et chaque fois, c'est comme ça. Mais quand on est vraiment trop fatigué, on peut manger un peu. Si en venant, j'ai pris ma gamelle, je peux manger. Là aussi, ça efface la fatigue. Rester à ne rien faire un peu, franchement en maison de retraite c'est difficile. Il y a trop à faire. Oui c'est difficile. On peut pas se reposer tant qu'on est là. (...) La pause, il y a aussi que la pause a été interrompue. Donc on ne respecte pas aussi votre pause. On vous dit, vous avez une pause mais on ne respecte pas vos pauses. On vous dit, oui c'est comme ça mais ça n'arrête pas de sonner parce qu'on nous dit 'Venez faire ceci parce qu'il y a Untel'. En ce moment, on se dit pas que oui vous êtes en train de prendre votre pause. C'est ça aussi. Ça énerve » (Chantal, 44 ans, aide-soignante).

D'autre part, en unité protégée, l'impossibilité de prendre une pause en même temps que son binôme peut donner lieu à des ressentis de solitude :

- « Les pauses, on peut pas les prendre en même temps. Donc il y en a une qui prend la pause. Elle revient et après l'autre, elle part » (Nina, 39 ans, aide-soignante).

Pourtant — et c'est le second phénomène que nous souhaitons souligner —, c'est l'impossibilité de se retrouver seul(e), même ponctuellement, qui est parfois mis en avant. Ce phénomène du « travailler seul », que nous avons par ailleurs proposé de baptiser « sollaboration » [Zawieja, 2014a ; Zawieja, 2014b], n'a pas pour finalité ultime de se couper de l'équipe, mais de se retrancher quelques instants afin de finaliser une tâche que l'agitation ambiante ne permet pas d'effectuer selon les normes de concentration ou de qualité du soignant :

- « Moi quand je suis fatiguée, j'aime bien faire mon travail tranquillement seule. Je préfère être seule. Au moins, je m'organise à ma façon et puis je vais faire un travail que j'ai à faire mais toute seule, pas forcément en équipe où là j'ai besoin d'un temps aussi pour moi, pour souffler » (Alice, 21 ans, infirmière).
- « C'est peut-être parce que je veux être tranquille dans ma tête pour faire certaines choses. Si je dois m'occuper d'une autre personne à côté et j'ai peut-être peur de me tromper, de faire quelque chose d'autre. Non je peux pas » (Marciela, 40 ans, infirmière).

Enfin, bien que les matériaux disponibles tangibles soient ici relativement minces, signalons certaines stratégies consistant à nier la difficulté du travail ou évoquant soit l'étape de résistance dans le modèle triphasique du stress de Selye, soit une défense passant par la négation de la fatigue :

- « Je suis rarement fatiguée. C'est tellement calme chez moi. Comment voulez-vous que je me fatigue ? Je ne me fatigue pas. Je sais gérer mon temps. Je sais qu'à tel moment, il faut que je me repose » (Marciela, 40 ans, infirmière).
- « Quand je suis là, je sens rien. Mais une fois que j'arrive chez moi... » (Awa, 43 ans, auxiliaire de vie).

- « Quand je travaille, je sens pas la fatigue. Je travaille, je fatigue pas. Quand je rentre à la maison après, je dors un peu » (Kouma, 40 ans, agent des services hospitaliers).
- « En fait, je pense jamais par exemple à prendre une pause de cinq minutes, prendre l'air. Je l'ai déjà fait vraiment quand j'étais très fatiguée, j'étais à bout de nerf. Il fallait que pendant ma pause, je sorte cinq minutes prendre l'air. Ça fait du bien » (Alice, 21 ans, infirmière).

Même si rien ne nous permet, dans nos observations, d'étayer cette réserve, il convient toutefois de ne pas écarter l'hypothèse où la question ne serait pas pour les soignants de *pouvoir* prendre ses pauses, mais de *vouloir* les prendre — en d'autres termes, une suractivité plus ou moins volontairement entretenue et partiellement « simulée », dont il conviendrait alors d'identifier si elle a elle aussi pour but de chasser les temps morts pour les consacrer aux résidents ou si elle poursuit d'autres finalités.

Au final, il semble donc difficile, voire impossible, aux soignants de prendre quelques minutes de repos. Leur discours alimente partiellement notre proposition de distinguer une fatigue d'hypervigilance, mais aussi une fatigue d'envahissement, en raison des sollicitations incessantes des résidents ou d'autres membres du personnel. Le répit se révélant impossible au travail, reste à savoir comment il est recherché, voire atteint, hors travail.

3.2.2.2. Hors travail, l'improbable repos

L'interrogation des soignants sur les « petits rituels », dussent-ils leur paraître banals ou ridicules, qu'ils mettent en œuvre en arrivant à leur domicile après leur journée de travail ou durant leurs jours de repos nous conduit à suggérer que toutes les méthodes de lutte contre la fatigue ont pour objectif(s) de se purifier, de se détendre et/ou de s'isoler.

La premier objectif vise à **se purifier** ; nous l'associons à la fatigue conçue comme une **souillure**. La pratique de la prière été mentionnée que par une seule personne, musulmane :

- [Malgré la fatigue] « il faut que je fasse ma prière [...] c'est juste pour prier [...] Si j'ai pas fait ma prière, c'est comme si... je suis pas du tout à l'aise quoi... Donc une fois que je sais que j'ai fait ma prière, je reste plus tranquille, je suis plus zen. [Cela efface] toute la fatigue de la journée, et puis je me sens bien ça va » (Awa, 43 ans, auxiliaire de vie).

La douche, rituel en apparence ordinaire dans les sociétés occidentales, est généralement justifiée par des considérations hygiéniques — mais la mise en relation avec les enfants nous incitent à y voir la corroboration de notre hypothèse du clivage du résident : la « contamination » par le mauvais objet (auquel nous avons déjà associé la souillure) interdirait ici le contact avec les

enfants tant que le soignant n'est pas purifié. Or, nous avons montré combien l'enfant est associé au bon objet... :

- « Déjà d'être propre avec toute la sueur de la journée. Et ça me relaxe » (Catherine, 45 ans, aide médicopsychologique).
- « Moi quand je rentre chez moi, la première des choses c'est d'aller me doucher d'abord avant d'embrasser mes enfants. C'est comme ça, c'est dans ma tête. Je me dis, j'ai passé une journée entre le pipi, excusez-moi, le reste. Donc la moindre des choses, c'est de vraiment me débarbouiller, me sentir plus propre. C'est ça, c'est comme ça. C'est dans ma tête » (Isabelle, 44 ans, auxiliaire de vie sociale).

Le deuxième objectif est de **se détendre** intellectuellement, nerveusement ou physiquement, en recherchant soit le délassement, soit un exutoire physique, généralement sportif. Les activités pratiquées sont extrêmement diverses, allant du bain (qui cumule la fonction de purification avec celle de délassement), à la télévision, la méditation, aux techniques de relaxation par la respiration ou au câlinage d'un petit animal familier :

- « Pour me ressourcer ce que je fais, bon d'abord 1) je suis une personne qui chante beaucoup... Qui aime beaucoup chanter, danser, donc... et puis j'ai eu cette chance-là, je sais pas si c'est très bon à dire mais, j'arrive... j'arrive à me couper, quand je suis très fatiguée je coupe mon souffle et je fais un vide autour de moi, comme ça, c'est vrai, je ne sais pas si tout le monde arrive, mais je fais le vide comme ça, et 5 min après je reprends ma respiration, et ça va ! (...) Oui, oui j'arrête de respirer comme ça... Pendant 5 min je fais pff... je descends, je descends... Et je sens que je vide tout mon corps. Et après je reprends. Je suis bien » (Wowa, 40 ans, aide-soignante).
- « J'ai mon petit lapin, je lui fais un câlin. (...) Ça apaise » (Alice, 21 ans, infirmière).
- « Après le sport, pendant le sport je suis avec mes amis, je suis avec ma famille et on est dans un groupe. On s'entend bien. C'est totalement différent. C'est des endroits totalement différents. Le travail, c'est le travail. Il faut être vraiment responsable de ce qu'on fait. Ça aussi, c'est un peu fatigant parce que tout le temps il faut penser. Il faut vraiment être à l'écoute et regarder qu'est-ce qui se passe autour de nous. Tout le temps, il faut être réveillé. Mais là, je me lâche totalement. Après le travail, je me lâche, c'est bon. Je me sens totalement différente. Je me permets de pas regarder autour, d'aller où je veux, de faire exactement ce que je veux. C'est à peu près ça. Et ça fait du bien » (Sabrina, 26 ans, aide-soignante, qui pratique la zumba).

Le dernier objectif nous semble englober presque totalement les deux précédents, puisqu'il s'agit de faire retour sur soi en **s'isolant** physiquement et spirituellement : rituels d'hygiène corporelle, rites religieux, techniques de relaxation, pratique d'un sport individuel, sommeil... :

- « Quand je rentre, quand j'arrive chez moi, je fais du sport pour oublier. Soit je fais du vélo, soit je vais à la pêche. Je vais pêcher dans l'Yonne. Et voilà. Pour me changer les idées » (Soal, gouvernant).

Toutes les méthodes que nous avons pu recenser ont en commun de permettre de se retrouver seul et dans le silence, à l'exception des séances de zumba de Sabrina, qui se décrit elle-même

comme assez réservée et silencieuse en journée, et recherche la pratique collective et bruyante. Cette recherche de calme et de solitude nous semble corroborer l'hypothèse d'une fatigue d'envahissement, en cherchant par divers moyens à faire sortir l'objet aliénant de l'esprit du soignant — en stoppant l'intrusion par le bruit, en faisant provisoirement taire le souci pour autrui, en s'arrêtant de penser, etc.

Conclusion

Ce pan de l'étude avait pour objectifs d'explorer les représentations liées à la fatigue attribuée au travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il nous a permis d'établir une typologie distinguant quatre formes de fatigue (d'envahissement, de répétition, d'hypervigilance et d'impuissance), dans lesquelles l'implication du résident est manifeste, mais pas exclusive, par des mécanismes spécifiques, et bien évidemment cumulatifs.

L'identification de trois stratégies collectives ayant accessoirement pour fonction de lutter contre la fatigue a permis de mettre à jour le dilemme nodal en alzheimerologie : le résident se trouve être à la fois le bénéficiaire des soins et l'un des principaux facteurs empêchant de les mettre en œuvre dans le respect des contraintes organisationnelles.

Suggéré par les deux volets précédents de notre recherche, le clivage du résident en deux objets partiels, représentations psychiques concentrant l'une toutes ses caractéristiques négatives (mauvais objet), l'autre toutes ses caractéristiques positives (bon objet) se confirme être la solution communément adoptée pour tenter de surmonter ce choix impossible — soit, en termes ordinaires, un double processus simultané de diabolisation/idéalisation. Le but de ce clivage est d'isoler le mauvais résident dans le psychisme du soignant, afin d'en limiter les méfaits et pour que seule la représentation du bon résident guide la vie quotidienne. Le clivage autorise alors des modalités d'introjection spécifiques à chacun de ces deux objets partiels : le mauvais résident est perçu comme l'agresseur responsable des quatre formes de fatigue, et traité psychiquement en conséquence par des mouvements d'hostilité, d'agressivité, voire d'identification à l'agresseur, qui ne peuvent recevoir de réponse concrète puisque l'objet total ne peut être attaqué sans nuire au bon objet, et sont donc détournés vers d'autres cibles : collègue(s), institution, famille ou soignant lui-même.

Achevant notre analyse en nous intéressant aux mesures les plus banales de gestion de la fatigue lors du retour au domicile (rituels de purification, de détente et d'isolement), nous suggérons qu'elles ont-elles-mêmes pour objectif de circonscrire de nouveau le mauvais objet, ce qui permet d'en protéger à la fois le bon objet et le Moi.

Reste à proposer un ou plusieurs modèles pertinents pour réinscrire ce processus dans l'exhaustogénèse et l'exhaustopoïèse. Telle sera l'ambition de la conclusion synthétique, incluant quelques propositions théoriques, par essence spéculatives, par laquelle nous parachevons ici ce chapitre.

Conclusion

Au terme de cette présentation de nos résultats, rendue longue et multidirectionnelle par le design même de notre recherche, il semble nécessaire d'en synthétiser les principaux enseignements, et de les agencer au sein du processus que nous avons baptisé « exhaustopoïèse », défini comme un détournement de ressentis de fatigue physique et psychique, érigés au rang d'éléments de l'identité professionnelle, notamment via des actes de communication socialement adressés.

Des ressentis de fatigue...

Nous avons décrit quatre dimensions de fatigue psychologique, toutes « secondaires » ou réactionnelles en ce qu'elles sont rattachées à des causes plus ou moins spécifiques à la maladie d'Alzheimer ou à son mode de prise en charge :

- une fatigue d'envahissement, liée à un vécu harcelant de certains troubles du comportement du résident et amplifiée par le confinement spatial des unités protégées ;
- une fatigue d'hypervigilance, elle aussi liée aux troubles du comportement productifs et à l'intensification des rythmes de travail, amplifiée par la rareté des moments de répit ;
- une fatigue de répétition, que nous avons baptisée « complexe d'Écho » en raison du sentiment de « parler dans le vide », donc d'invisibilité et d'inexistence dans le regard de l'Autre qui la caractérise ;

- et une fatigue d'impuissance, liée au ressenti de qualité empêchée du fait du résident lui-même et, pour les encadrants, à la difficulté à apporter des solutions à la fatigue des soignants subordonnés.

Les quatre processus sous-jacents tirent leur exhaustogénicité des conflits intérieurs qu'ils occasionnent, par définition coûteux en énergie psychique. Nous avons suggéré un mécanisme inconscient mais classique de clivage du résident en un bon et un mauvais objets (couple idéalisation / diabolisation), permettant au soignant de continuer à considérer son travail comme tenable. Le clivage promet deux destins, deux traitements psychiques différenciés aux objets partiels ainsi scindés.

Nous voudrions ici proposer un second processus, de portée plus théorique, en supposant un principe d'expansion constante du Moi. Dans notre esprit, le Moi est régi par une propension structurelle à toujours croître, et à utiliser toute ressource à sa disposition (notamment le narcissisme secondaire) pour ce faire. Tout obstacle empêchant cette croissance ou tout frein la ralentissant occasionne une perte de substance ou d'énergie et un appauvrissement du Moi — dont la fatigue est l'une des manifestations. Nous avons indiqué, à propos du sacrifice ou du dévouement, que tout renoncement pulsionnel s'effectue dans l'espoir d'un surcroît d'amour au moins équivalent, faute de quoi est activée l'angoisse d'abandon. Les discours relatifs au manque de reconnaissance ou à l'empêchement de bien travailler, notamment, relèvent de cette logique, et nous permettent de la relier à l'identité professionnelle.

... érigés en éléments de l'identité professionnelle...

L'angoisse d'abandon ainsi réactivée explique à nos yeux le surinvestissement de la relation soignant / soigné que nous avons suggéré, relation dont les différents discours de nos interlocuteurs font le cœur de leur métier. Ce retournement s'appuie sur l'identification au « bon » résident, et ne saurait donc intervenir sans un mécanisme de clivage préalable.

L'identité professionnelle des soignants en alzheimerologie demeure un processus en cours, donc encore inachevé. Dans la compréhension que nous nous en sommes forgée, elle est intimement associée au construit social qu'est la maladie d'Alzheimer, que la profession elle-même contribue fortement à faire évoluer. Autrefois regardée comme une maladie de la mémoire ou un

désordre psychiatrique, voire comme un simple désagrément du grand âge (gâtisme), la « démence sénile » a été élevée au rang de maladie nécessitant une prise en charge globale, marquée par les troubles cognitifs, les troubles comportementaux productifs ou non et la perte d'autonomie qu'elle provoque. C'est autour de ces groupes de symptômes que nous paraît s'opérer la professionnalisation en cours des métiers de l'alzheimerologie, élément-clef de l'identité professionnelle des soignants de la filière. Cette prise en charge globale explique la mise en exergue de la dimension relationnelle du métier, de sorte qu'il nous est possible de prétendre que le retournement de l'angoisse d'abandon lui permet d'être mise au service de l'affirmation de l'identité professionnelle des soignants.

Les notions mêmes de sacrifice, de dévouement et de don de soi, que les soignants de la filière partagent avec l'ensemble du corps soignant, nous semblent devoir être interrogées. Nous sommes enclin à voir en elles un phénomène plus complexe que l'altruisme par lequel elles sont parfois expliquées, eu égard à l'origine religieuse de la profession. Raisonnant dans le cadre de la « culture soignante », il nous semble possible de les lire au prisme de la fatigue névrotique telle qu'a pu la conceptualiser l'ethnopsychiatrie : la fatigue y est considérée comme une possible occasion d'exhiber un comportement névrotique culturellement acceptable, « justifiant » les manifestations « d'une passivité et d'une dépendance pathologiques. Cette fatigue est, de plus, à la fois un alibi et un chantage : *'Si je ne travaille pas, ce n'est pas que je sois paresseux ; je suis simplement épuisé'* va de pair avec : *'Fais mon travail, je te prie — je suis trop fatigué pour le faire moi-même'*. [...] Enfin, la fatigue névrotique — tout comme l'ascétisme — implique très souvent aussi la manifestation déguisée d'une grande hostilité envers ceux qui ont droit de compter sur l'aide du 'fatigué' » [Devereux, 1966, p. 281]. Ici, la dimension sacrificielle est apportée par l'intégration dans un discours plus large, car cet appel à autrui pour faire mon travail se heurte non seulement à ce que nous avons plus haut appelé le « manque de Nous » (le manque de personnel), qui me contraint donc à travailler malgré mon état de fatigue, mais aussi à l'absence d'un Autre capable d'écouter et d'entendre ma plainte de fatigue — d'où les vécus de manque de reconnaissance ?

Ce processus, qui ne présage en rien des causes réelles de la fatigue, a le mérite de souligner qu'un groupe culturel (ici, un groupe professionnel) a le pouvoir de proposer à ses membres un certain nombre de « symptômes culturellement préstructurés ». L'individu qui manifeste certains comportements bien déterminés acquiert le statut auxquels ils correspondent, lequel lui est

ensuite reconnu par le groupe qui, ce faisant, reconnaît qu'il s'est comporté d'une manière qui lui donne droit à cette étiquette diagnostique [Devereux, 1963, p. 288]. La présence de phénomènes de cet ordre dans notre population d'étude est plausibilisée par les témoignages de soignants stigmatisant leurs collègues ne fournissant pas assez d'efforts pour se prétendre légitimement fatigués (« tire-au-flanc »).

Enfin, nous venons de mentionner l'absence d'un Autre capable d'entendre la plainte de fatigue, ce qui nous fournit l'opportunité de souligner la dimension communicationnelle de la fatigue.

... via des actes de communication socialement adressés

L'on remarquera à titre préliminaire que le mot « burn out » n'a volontairement pas été utilisé par l'interviewer, et qu'il ne l'a *jamais* spontanément été par aucun des interviewés, alors qu'il l'avait été dans les libres réponses à la question n° 43, ce qui accrédite l'idée d'un usage plus revendicatif, quand la fatigue est abordée, en face à face, sous un angle plus psychologisant.

Des considérations qui précèdent, la fatigue paraît avoir besoin d'un public, qui en reconnaisse la réalité, ne fût-ce qu'à titre symbolique par l'octroi d'un arrêt-maladie. Elle est donc bien message, variant selon ses destinataires.

Au résident, elle ne peut pas dire grand-chose, puisque ses capacités cognitives sont affectées. S'annoncer fatigué est dès lors inutile :

- « Quand vous rencontrez quelqu'un qui est toujours contente comme cette dame-là, on est fatigué, c'est la fin de la journée et qu'on est accueilli avec un grand sourire. Voilà d'un coup, on est plus fatigué quoi. Voilà on est accueilli au cinquième avec un grand sourire, doudou, ça va et on ne va pas lui dire 'Non ça va pas, je suis fatiguée, j'ai envie de rentrer chez moi'. On va lui dire 'Oui ça va'. C'est limite elle nous fait oublier qu'on est fatigué et que c'est la fin de la journée, que ça fait le troisième jour » (Rosalie, 34 ans, infirmière coordinatrice).

Les proches des résidents ne sont sans doute guère plus réceptifs. De toute façon, ramenés à un statut de quasi-patients, ils sont sans doute perçus comme insensibles au message, certains affirmant même que les soignants ne veulent pas se fatiguer à stimuler les résidents...

Aux collègues, la fatigue dit que l'on appartient au même collectif qu'eux lorsque l'on s'engage dans une course permanente, voire l'hyperactivisme, profitant des pauses pour faire ses transmissions, alignant son effort sur l'effort le plus soutenu : si l'« on ne sent pas la difficulté

quand on s'entend bien », on la sent donc dès que le collectif se distend, ce qu'indique la stigmatisation des tire-au-flanc et des laxistes évoqués plus haut...

À la direction de l'établissement, la fatigue sert à montrer que la seule vraie vocation d'un EHPAD est la relation soignante, que le management entrave, dépourvu qu'il est de toute qualité humaniste.

À l'institution-employeur, elle tient un langage autrement plus riche, bien que relativement subtil : il nous semble même être le principal réceptacle des pulsions agressives orientées vers le mauvais résident qui, ne pouvant être agies sous peine de porter atteinte au résident-objet total, sont détournées vers l'employeur. Que le mauvais résident soit introjeté comme inactif et comme vidant le soignant de son énergie, et la rhétorique de la voracité se déploie contre l'actionnaire, à la fois ogre, vampire et rentier.

Le modèle de l'exhaustopoïèse que nous avons proposé confirme donc le statut psychosocial de la fatigue, conséquence d'un certain nombre de déterminants, mais aussi catégorie de névrose mise à la disposition des soignants par leur culture professionnelle (et sans doute par la culture occidentale tout entière) pour manifester leur souffrance de façon socialement acceptable. Le chapitre qui suit va s'attacher à passer ces hypothèses et ce modèle au crible des travaux antérieurs, afin d'en dégager les limites, l'intérêt et les perspectives.

Chapitre 4

Discussion

Les matériaux que nous avons recueillis nous ont conduit à proposer d'inscrire le burn out dans un processus plus vaste que nous baptisons « exhaustopoïèse », articulant les quatre entités de fatigue que nous avons identifiées chez les soignants œuvrant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces entités de fatigue, plus ou moins spécifiques à ce secteur d'activité puisent leur origine dans divers processus intrapsychiques, dotés d'un double effet paradoxal : permettre au soignant de continuer à prendre soin du soigné, mais au prix d'une activation de l'angoisse d'abandon, retournée par identification en surinvestissement de la relation d'aide, elle-même mise au service de la construction de l'identité professionnelle des soignants en alzheimerologie, dont la fatigue constitue une facette. L'utilisation communicationnelle qui est faite de la fatigue varie ensuite en fonction des destinataires des messages.

Inévitablement, certains de nos résultats nous ont déçu, ou frustré ; d'autres nous ont surpris ; d'autres encore ont confirmé certaines de nos hypothèses initiales : nous avons ainsi postulé que les événements de la vie organisationnelle et les vécus d'agression étaient susceptibles d'interférer avec l'identité professionnelle et personnelle des soignants. Nous les passons dans ce chapitre au crible de la littérature que nous avons synthétisée dans le chapitre 1, le cas échéant complétée par des lectures nouvelles. Notre objectif est ici de parvenir à une juste appréciation de la portée de nos résultats et de nos propositions.

Nous examinerons donc d'abord les résultats nous semblant les plus épineux, notamment en raison de limitations techniques (1.). Les apports principaux de notre travail à l'étude du burn out dans notre population de référence seront ensuite discutés sous un angle parfois théorique, parfois conceptuel, mais en essayant toujours de leur donner une profondeur de champ supplémentaire (2.).

1. Entre résultats inadvenus et résultats inattendus : les limites de notre recherche

Toute recherche conduit à des résultats, dont l'auteur doit s'efforcer de mesurer la portée et la généralisabilité avant de les soumettre à la communauté de ses pairs. En matière quantitative, il s'agissait pour nous de ne pas tomber de Charybde en Scylla. Le premier écueil est sans doute l'ivresse du chiffre, et la généralisation abusive : c'est à l'évaluation de la portée de nos résultats que nous nous attelons donc dans un premier temps (1.1.). Le second est la fascination pour l'instrument de mesure utilisé, à l'égard duquel il convient de demeurer neutre mais critique (1.2.). Notre traversée n'était pas achevée pour autant et nous avons cru de notre devoir de proposer une escale pour examiner aussi quelques non-résultats : ceux que nous attendions et qui ne vinrent pas, et qu'une certaine facilité scientifique tend d'ordinaire à passer sous silence (1.3.).

1.1. Des résultats épidémiologiques de portée limitée, mais sous-évaluant probablement la prévalence du burn out

En nous appuyant sur une définition rigoureuse d'un « cas » de burn out : score d'épuisement émotionnel élevé + score de dépersonnalisation élevé ou score d'épuisement émotionnel élevé + score d'accomplissement professionnel faible, nous avons pu établir la prévalence du burn out, parmi les 2 602 soignants œuvrant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à 8,4 %. Comme tout résultat, ceux-ci doivent être soumis à un examen à la fois comparatif et critique.

En alzheimerologie, la comparaison est fragilisée par le nombre relativement faible d'études spécifiques, qui contraint à se positionner par rapport à des études effectuées auprès des soignants dans un service de gériatrie polyvalente ou une maison de retraite, par la diversité des instruments de mesure utilisés, par l'imprécision quant aux professions exactes interrogées ou par l'imperfection des correspondances entre métiers d'un système de santé à l'autre, et par l'hétérogénéité des modes de présentation des résultats. La comparaison avec les données de la littérature montre, dans notre population, des scores moyens d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plutôt faibles, et un score d'accomplissement professionnel plutôt élevé, la

dispersion (mesurée par l'écart-type) étant elle-même faible. Seules deux études [McKenzie et al., 2011 ; García Sánchez et al., 2012] font état d'une prévalence globale du burn out, à chaque fois beaucoup plus élevée que parmi nos répondants (tableau 4.1). En l'absence d'informations précises quant à la méthodologie quantitative de chacune de ces études, il semble difficile de tirer un quelconque enseignement de cette comparaison.

Références (v. chapitre 1)	MBI-EE	MBI-DP	MBI-AP	Burn out élevé
[Ayalon, 2008]	25,2 ± 12,4	8,7 ± 5,8	38,7 ± 9,7	?
[Baldelli et al., 2001]	13,3 ± 7,2	5,5 ± 4,2	36,1 ± 8,5	?
[Cocco et al., 2003] : – maisons de retraite – services de gériatrie	15,0 ± 12,0	4,0 ± 5,1	38,0 ± 9,0	?
	22,0 ± 13,0	5,7 ± 5,7	34,0 ± 9,3	
[Evers, Tomic et Brouwers, 2002]	10,43 ± 6,58	3,72 ± 3,04	30,32 ± 5,35	?
[Gandoy-Crego et al., 2009]	18,0	6,0	42,0	?
[García Sánchez et al., 2012]	?	?	?	21,7 %
[Hunter et al., 2013]	27,72 ± 10,96	9,17 ± 4,06	19,91 ± 8,63	?
[Juthberg et al., 2008]	18,3 ± 9,6	3,6 ± 3,9	39,2 ± 6,7	?
[McKenzie et al., 2011]	23,5 ± 9,3	12,2 ± 2,6	27,4 ± 4,8	32,60 %
[Narumoto et al., 2008]	21,2 ± 10,7	7,7 ± 5,8	31,1 ± 10,5	?
[Van Wert et al., 2005] : – groupe contrôle – groupe expérimental	10,35 ± 0,8	?	26,38 ± 0,8	?
	10,75 ± 0,8	?	28,10 ± 0,8	
[Watts et al., 2013]	25,57	16,46	15,63	?
Notre population	17,05 ± 0,52	4,91 ± 0,22	36,13 ± 0,39	8,40 %

(EE : Épuisement émotionnel ; DP : Dépersonnalisation ; AP : Accomplissement personnel)

Tableau 4.1. • Moyennes et écarts-types des trois scores du MBI relevés dans la littérature.

Deux facteurs incitent par ailleurs à ne considérer qu'avec circonspection les résultats quantitatifs auxquels nous parvenons.

D'une part, en l'absence de données sur la composition exacte de la population étudiée, dont est extrait l'échantillon de répondants (ici, les soignants des 185 établissements participants), il n'a pas été possible de redresser statistiquement nos résultats, qui ne peuvent donc être considérés comme représentatifs de la population totale des soignants du groupe ORPEA, et encore moins de la population générale. Ce biais est d'ailleurs commun à la quasi-majorité des études publiées sur le burn out que nous avons pu consulter.

D'autre part, il est impossible d'écarter l'hypothèse d'un « effet du travailleur sain » (*healthy worker effect*) alors que l'absentéisme est traditionnellement élevé dans le secteur, notamment lorsqu'il est lié au stress, à la fatigue et au burn out. Les soignants absents n'ont, compte tenu du mode de distribution *en présentiel* du questionnaire vierge, pas pu répondre au questionnaire. Là encore, la plupart des publications scientifiques compulsées présentent ce biais. Une mesure indirecte, par le taux de non-réponse partielle, permet de confirmer le soupçon d'effet du travailleur sain. Ce taux est élevé puisque près de 25 % des répondants n'ont pas répondu à toutes les questions du MBI, empêchant le calcul des scores correspondants. Or, trois des quatre professions présentant des taux de non-réponse significativement supérieurs à la moyenne (agents des services hospitaliers : environ 30 %, aides-soignants : 26 %, kinésithérapeutes salariés : 26 %, et assistants de soins en gériatrie : 37,5 %) sont aussi celles que nous avons identifiées comme les plus significativement corrélées à un risque de burn out (dans sa globalité ou dans l'une de ses composantes).

Il n'est donc pas possible d'écarter l'hypothèse d'un « *healthy worker effect* », car ces données suggèrent que les personnels de soins atteints de burn out ont eu tendance à ne pas répondre à l'enquête. De ce fait, il est plausible non seulement que la prévalence du burn out ait été fortement sous-estimée, mais encore que l'analyse économétrique se soit montrée impuissante à détecter certaines catégories de personnel soignant. **Il est donc probable que le taux de burn out des sujets n'ayant que partiellement répondu au questionnaire soit supérieur aux taux calculés pour les seuls répondants, et que la prévalence du burn out dans notre échantillon soit *in fine* supérieure à celle que nous avons calculée.**

Notre étude pose par ailleurs plusieurs questions quant au Maslach Burnout Inventory en tant qu'outil de mesure du burn out.

1.2. Le MBI, un instrument partial et désajusté de mesure du burn out ?

Nous avons signalé dans le chapitre 1 que le MBI fait l'objet de diverses réserves psychométriques ou conceptuelles, ayant conduit à l'émergence d'autres instruments de mesure.

Wheeler et al. ont proposé une synthèse des limites psychométriques du questionnaire de Maslach [Wheeler et al., 2011], dont nous ne retiendrons que trois :

- la cohérence interne de l'échelle de dépersonnalisation est trop faible ($\alpha = 0,53$) au regard du seuil d'acceptabilité usuel ($\alpha = 0,7$) [Schaufeli et Enzmann, 1998] ;
- le MBI repose sur une acception étroite du burnout ;
- il ne tient compte que des composantes affectives de l'épuisement émotionnel.

Rappelons, comme indiqué dans notre revue de littérature initiale, que Lorient considère pour sa part que le raisonnement au terme duquel le MBI, en mettant en évidence les trois dimensions du burnout (épuisement, cynisme et sentiment d'inefficacité personnelle), aurait permis de sortir des analyses subjectives de la question, « possède une certaine logique tautologique : le MBI a été construit spécifiquement pour explorer les trois dimensions qui pour Maslach constituent le burnout. Les 22 items sont divisés en trois groupes correspondant aux dimensions en question. Le MBI ne peut donc que 'mesurer' cela et pas autre chose. Cela n'a pas de sens de dire que les études réalisées avec le MBI mettent en évidence le rôle central de ces trois dimensions dans le *burnout* puisque les autres dimensions possibles du problème sont écartées d'office et ne sont pas prévues dans le test » [Lorient, 2003].

Justifiant l'introduction de son propre outil de mesure, concurrent du MBI, une équipe danoise a rassemblé diverses critiques épistémologiques et conceptuelles portées au MBI [Kristensen et al., 2005] :

- la circularité du raisonnement : Maslach et Jackson définissaient le burn out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de déshumanisation et de diminution de l'accomplissement personnel susceptible de survenir dans les professions d'aide quelles qu'elles soient » [Maslach et Jackson, 1981]. Le burn out est donc *par définition* limité à ces professions, et le MBI ne peut donc être utilisé *que* dans ces professions, empêchant de tester la validité de ses hypothèses fondamentales dans d'autres groupes professionnels. D'où, il est vrai, le développement d'autres échelles comme le MBI-GS, dont on ne saurait plus très bien quel concept il mesure...
- l'imprécision du lien entre le MBI et le concept de burn out : par définition, le burn out résulterait de la simultanéité de ses trois composantes. Maslach et Jackson insistent sur le fait que la cotation sur chacune des trois échelles est distincte des deux autres, sans qu'un score total de burn out n'ait de sens. Autrement dit, il existe un niveau distinct de burn out pour

chacune des trois dimensions, qui possède ses propres précurseurs et ses propres conséquences indépendantes des deux autres ;

- la formulation de certaines questions, perçues par certains répondants comme trop directes, agressives ou inadaptées à des cultures non américaines.

Sans préjuger de l'influence éventuelle qu'ont pu avoir les conditions matérielles ou organisationnelles de remplissage des questionnaires, le comportement de notre population d'étude face au MBI nous conduit à dresser à notre tour le constat de quelques limites.

Sur le plan formel, l'important taux de non-réponse partielle (*v. supra*), qui neutralise près d'un quart des réponses, nous laisse accroire que le MBI est susceptible de paraître soit trop long, soit inadapté à certains répondants. Deux motivations étayaient ce jugement dans les commentaires que nous avons recueillis.

D'une part, la formulation du test induirait des réponses conduisant au « diagnostic » de burn out, ce qui pose l'épineuse question de la neutralité de l'outil *dans sa conception*. Si cette réserve a été émise par certains de nos répondants eux-mêmes, nous n'écarterons en outre pas l'hypothèse d'un impact du climat organisationnel local sur l'orientation des réponses, d'où son *utilisation* comme moyen de « revendication ». Un examen minutieux des questionnaires comportant une réponse à la question ouverte n° 43, dont la tonalité générale et revendicative semble sous-tendue par une certaine agressivité latente, aurait ainsi permis d'étudier un éventuel lien entre les scores de burn out et le fait d'avoir répondu, ou non, à cette question ouverte, donc d'aborder le discours sur le burn out sous le double angle de sa réalité et de son utilisation à des fins politiques locales. Nous n'avons hélas envisagé cette possibilité que trop tard dans la chronologie de notre travail...

D'autre part, en se limitant aux relations avec le soigné, le MBI écarte toute possibilité d'analyse sur les relations avec d'autres tiers, comme les collègues ou les familles de patients, frustrant les répondants d'une « prise de position » sur ce sujet. En cela, sa formulation est sans doute révélatrice de la période à laquelle le burn out a été conceptualisé et le MBI, formalisé (première moitié des années 1970), où la question de la cohésion des collectifs soignants se posait peut-être avec moins d'acuité qu'aujourd'hui, tandis que le rôle des familles, moins associées au processus de soin, était de son côté probablement plus « passif ».

Les limites de l'instrument et des résultats auxquels il a conduit étant ainsi délimitées, reste à considérer les processus explicatifs sous-jacents dont ces mesures ne sont que la manifestation la plus tangible. En particulier, cette recherche ne s'est pas montrée aussi fructueuse qu'escompté face à certaines de nos hypothèses initiales, sur lesquelles nous souhaitons brièvement revenir *ex post*.

1.3. Des résultats inadvenus

Nous voudrions ici brièvement revenir sur deux éléments dont les résultats quantitatifs sont « décevants », à la lumière des volets qualitatifs de l'étude.

1.3.1. Le facteur traumatique : de l'agression à la construction identitaire des soignants

Les comportements difficiles et agressifs sont constamment cités comme les principaux facteurs de stress dans le travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, que les soignants opèrent en unité polyvalente ou généraliste [McIntosh et al., 1999] ou spécialisée [Chappell et Novak, 1994 ; Novak et Chappell, 1994 ; Mackenzie et Peragine, 2003 ; McKenzie et al., 2011]. Les enquêtes de victimation les plus récentes indiquent, en Suisse [Zeller et al., 2012] ou en Allemagne [Schablon et al., 2012], que plus de la moitié des soignants déclarent avoir fait l'objet d'une agression physique dans l'année ; dans une étude antérieure, ce taux avoisine même 84 % [Franz et al., 2010].

Le ressenti des soignants face à ces comportements difficiles est variable, évoluant entre l'indulgence vis-à-vis de ces actes considérés comme non intentionnels [Isaksson, Åström et Graneheim, 2008] et la banalisation [Mandiracioglu et Cam, 2006].

Il est donc surprenant que, dans notre population, aucune corrélation statistiquement représentative entre les comportements difficiles et le burn out n'ait pu être établie, et que les comportements violents des résidents ne représentent que 6,7 % des événements organisationnels exhaustogènes cités, même si leur impact est négativement perçu par plus de 80 % des répondants. Dans le même temps, ces comportements sont très fréquemment mentionnés lors des interviews. Toutefois, par souci de fidélité aux discours que nous entendions, il nous a semblé judicieux de distinguer les agressions physiques, qui sont effectivement vécues sur le mode du

stress et de l'appréhension anxieuse, appelant une vigilance de tous les instants lors des soins corporels, les agressions verbales, vécues sur le mode de l'atteinte à la reconnaissance (surtout si elles font écho à des atteintes de même nature vécues dans un cadre extraprofessionnel, comme les injures racistes), et les « verbalisations » (cris, gémissements, plaintes, etc.), qui ne sont pas nécessairement adressées au soignant en particulier mais créent un environnement sonore éprouvant.

Nous nous attendions à déceler, dans le burn out, une dimension traumatique née de ces agressions, ou de la répétition de petits gestes agressifs (griffures, etc.). Cette détection n'a pas été possible pour les agressions physiques ; mais elle nous semble partiellement en jeu à la fois dans la fatigue d'hypervigilance, par le biais de l'appréhension, et dans la fatigue d'envahissement, dont le vecteur est essentiellement sonore et sur laquelle nous reviendrons plus loin, car les mécanismes mis en évidence nous semblent originaux (v. *infra*).

Les différentes données statistiques fournies par la littérature tendent en revanche à montrer une fréquence accrue des agressions et comportements difficiles dans les études les plus récentes. Plus qu'une « prolifération » de ces actes, nous voyons dans cette tendance une déclaration et une comptabilisation plus fréquentes d'actes auparavant considérés comme banals, mais dont l'acceptabilité sociale semble aujourd'hui moindre. Notre hypothèse identitaire peut s'en trouver confortée, dans la mesure où les troubles du comportement productifs constituent une catégorie de symptômes relativement spécifiques à la maladie d'Alzheimer, qui peut donc contribuer à en alimenter la construction sociale, tandis que les soignants en alzheimerologie peuvent précisément définir leur professionnalisme propre comme l'aptitude à connaître et gérer ces troubles du comportement, d'où leur fréquence dans les discours.

L'impossibilité de confirmer notre hypothèse initiale sur la dimension traumatique du burn out a donc néanmoins conduit à corroborer une autre de nos hypothèses de recherche. Il n'en va pas de même avec nos supputations quant au rôle des facteurs psychosexuels, dont la confrontation avec la littérature emprunte d'autres voies.

1.3.2. Le facteur pulsionnel dans le burn out : un rendez-vous manqué ?

L'ambiguïté de nos résultats quantitatifs quant à l'implication de facteurs psychosexuels dans le burn out nous semble elle aussi devoir être relativisée. Par précaution face à des données

statistiques dont nous avons estimé la robustesse insuffisante, nous avons en effet choisi de disqualifier l'ensemble de ce pôle de questions dans notre réflexion ultérieure. L'inadaptation des techniques quantitatives pour explorer des phénomènes d'ordre intrapsychique, dont l'appréhension et la compréhension exigent une extrême compétence clinique, figurait au nombre des écueils que nous signalions dès les prémices de notre recherche. Reste à savoir si nous n'avons pas, en l'espèce, fait preuve d'un excès de prudence en écartant ainsi l'ensemble de nos résultats... Plusieurs arguments plaident pour un réexamen.

En premier lieu, malgré ses mauvaises qualités psychométriques du test conçu et utilisé, le score d'oralité est significatif et positivement (mais faiblement) corrélé avec les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI ; nous n'avons pas décelé de lien significatif avec la variable Burn out global. Le score d'analité est significatif et négativement corrélé avec les trois dimensions du burn out, ainsi qu'avec la variable Burn out global. Enfin, le score de phallicité est significatif et négativement corrélé avec le score d'épuisement émotionnel et positivement corrélé avec le score d'accomplissement personnel. Aucune corrélation n'a été décelée avec la variable Burn out global. Corrélée aux trois dimensions du burn out, seule l'analité a donc un impact significatif, *mais très faible*, sur le burn out (v. Annexe 7). La significativité de ces corrélations nous donne à penser que notre intuition initiale, même si nous n'avons pas correctement su la mesurer, n'était pas infondée : oralité et analité nous semblent bien à l'œuvre dans l'exhaustogénèse, probablement pas en tant que caractéristiques stables de la personnalité des répondants, mais en tant que mouvements pulsionnels sous-jacents.

Par ailleurs, l'Annexe 7 montre également que certains des comportements adoptés face aux difficultés professionnelles présentent des corrélations significatives avec les scores d'oralité, d'analité et/ou de phallicité. Ces comportements revêtent manifestement un caractère « thérapeutique » spontané, que possèdent aussi les petites techniques utilisées au quotidien pour lutter contre la fatigue (v. chapitre 3, § 3.32.2.2., « Hors travail, l'improbable repos »). Ce rôle curatif peut être rattaché, par delà les théories du soin et de la souffrance, aux théories sexuelles infantiles. Considérant que ces dernières ne se contentent pas d'être des théories de l'origine de la différence des sexes, mais qu'elles sont aussi, et plus largement, des « théories » psychologiques nécessaires à l'enfant pour le travail de mise en sens de tout ce à quoi il est confronté (douleur, plaisir, bien, mal, etc.), René Roussillon montre en effet qu'elles imprègnent les théories du soin et de la souffrance, ou les pratiques thérapeutiques [Roussillon, 2000 ;

Roussillon, 2005], et que leur trace peut être retrouvée jusque dans les pratiques adultes et institutionnalisées.

Roussillon distingue plusieurs polarités principales s'articulant et se combinant pour étayer les théories et les pratiques de la maladie et du soin, dont nous ne mentionnerons que les principales :

- la première se place dans une lignée orale et se fonde sur l'intériorisation : pour lutter contre l'état de détresse impuissante face à des agents extérieurs, il faut et il suffit de mettre au dedans la source du mal, de l'immobiliser et de la maîtriser ainsi. Le sujet se fait l'agent de ce à quoi il est assujéti, il devient le mal auquel il ne peut se soustraire. Ce retournement contre soi est sans doute en cause dans le masochisme et l'identification à l'agresseur, et il nous faut envisager la possibilité qu'il soit également à la manœuvre dans la fatigue d'envahissement, par intériorisation du « mauvais » résident issu du clivage ;
- la suivante, inverse de la première mais souvent associée, envisage le mal ou la source de souffrance comme un trop-plein interne qu'il convient d'évacuer, d'extirper, de soulager. Ces théories sexuelles infantiles anales, ici à l'œuvre, induisent diverses modalités de soulagement : catharsis, détournement, refoulement, retournement. Suivant le modèle typique de l'analité, tout ce qui a ainsi été évacué tend toutefois à faire retour et l'opération doit être régulièrement renouvelée. À ce pôle nous semble appartenir les pratiques de purification décrites au retour du travail ;
- enfin, une troisième théorie infantile du soin se projette sur l'axe oral-phallique : le sujet souffre par et dans le manque, par et dans l'incomplétude. On y verra par exemple la marque de la castration. « Cet 'en moins' s'intrique à la blessure du sexe et du sexuel, de la sexion de la différence, et on cherche à se guérir alors par l'amour ou l'une de ses formes dérivées, on cherche à se guérir par le sexuel ou la tendresse, par comblement des manques ou des différences » [Roussillon, 2005]. On retrouvera aisément ici, par exemple, certaines pathologies de la reconnaissance.

Ces éléments nous inclinent à penser que notre intuition initiale d'une implication des pulsions sexuelles, notamment anale et orale, dans l'exhaustogénèse demeure fondée, quoique desservie par la méthodologie d'exploration que nous avons mise en œuvre. Il reviendra donc à d'éventuels travaux ultérieurs de corriger ces errements et de poursuivre l'étude de cette

hypothèse. Sur d'autres points, notre travail s'est révélé moins infécond : c'est à l'examen critique de ces aspects qu'est consacrée la section 2 qui s'ouvre.

2. De quelques apports originaux à l'étude du burn out en alzheimerologie

Nous avons, tout au long de notre travail, tenté de proposer un processus intégratif, baptisé « exhaustopoïèse », expliquant l'émergence de ressentis de fatigue (« exhaustogenèse ») chez des soignants professionnels œuvrant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, au sein de groupes humains et d'organisations plus ou moins spécialisés, eux-mêmes porteurs et producteurs de représentations sociales sur la fatigue.

La description de ce processus a nécessité de postuler, à titre d'hypothèses de travail, l'existence d'un mécanisme de clivage et d'un principe d'expansion perpétuelle du Moi sur lesquels nous ne reviendrons que très brièvement (2.1.). Nous discuterons ensuite deux thèmes regroupant certains de nos résultats ou propositions : notre typologie de la fatigue (2.2.) et l'expérience (2.3.).

2.1. Retour sur deux hypothèses de travail : clivage et principe d'expansion permanente du Moi

Les deux hypothèses de travail auxquelles nous avons recouru ne sont pas dotées du même statut : tandis que le clivage est un mécanisme bien documenté et dont nous ne souhaitons qu'expliquer pourquoi nous en avons fait une utilisation partielle, le principe d'expansion perpétuelle du Moi est une proposition théorique à valeur heuristique que nous avons été amené à formuler sur la base de nos observations.

2.1.1. Du clivage

Nous avons, dans notre chapitre 3 (§ 3.2.1.2.), été amené à proposer l'intervention d'un mécanisme de clivage pour expliquer comment le soignant peut supporter, sans davantage de dommages, que le résident puisse à la fois demeurer au centre d'une démarche de soin pérenne et

bienveillante, et être la source d'agressions psychiques et physiques sur la personne qui prend soin de lui.

Le clivage est un concept classique en psychiatrie et psychologie, et repris par Freud dans l'étude des psychoses et du fétichisme (clivage du Moi) pour désigner des modes de relation à la réalité visant à faire cohabiter, dans le psychisme, deux procédés défensifs dirigés l'un contre la réalité (dénier), l'autre contre la pulsion, ces deux attitudes psychiques étant opposées et indépendantes l'une de l'autre [Freud, 1927 ; Freud, 1938]. Melanie Klein introduit un nouvel usage du terme, en montrant que les objets pulsionnels se voient attribuer, sur le plan fantasmatique, les qualités de « bons » ou de « mauvais » objets en fonction de leur caractère gratifiant ou frustrant, mais aussi et surtout en fonction de la projection sur eux des pulsions libidinales ou destructrices du sujet [Klein, 1946 ; Klein, 1955] : chaque objet — partiel (par exemple, le sein) ou total (la mère) — se voit ainsi clivé en deux parties, l'une bonne, l'autre mauvaise. Le clivage constitue un mécanisme de défense primitif contre l'angoisse née de l'ambivalence inhérente à la simultanéité des pulsions de vie et de mort orientées sur le même objet réel.

Le caractère fantasmatique de ces imagos que sont les objets clivés « ne doit pas faire perdre de vue qu'ils sont traités comme s'ils offraient une consistance *réelle* (au sens où Freud parle de *réalité* psychique) » [Laplanche et Pontalis, 2007, p. 52]. Ils sont notamment soumis à l'introjection et à la projection, et dotés fantasmatiquement de pouvoirs semblables à ceux de personnes (persécuteur ou rassurant, etc.).

Même s'il porte sur des objets internes à un niveau intrapsychique et inconscient, le clivage appelle quelques rapprochements avec les phénomènes d'étiquetage que nous avons relevés dans notre état de l'art (v. chap. 1, § 2.2.2.4., « Comportements difficiles et agressifs »), qui conduisent eux aussi à distinguer — parmi les personnes « réelles » cette fois — les bons résidents, plus autonomes, coopératifs et compliants, et les mauvais résidents, plus difficiles, perturbateurs, moins compliants, voire porteurs de caractéristiques blâmables (alcoolisme, nationalité étrangère, etc.) [Daloze et al., 2005]. Cet étiquetage constitue un processus cognitif circulaire, cherchant à s'autoconfirmer, et induit des comportements différenciés de la part des soignants, plus compréhensifs à l'égard des bons résidents [Everitt et al., 1991 ; Innes, 1998].

L'on pourrait apporter à notre approche une objection importante — et justifiée : elle s'est appuyée sur un clivage du résident idéal-typique, qui nous a semblé manifeste, mais le modèle

aurait pu être raffiné à l'extrême en considérant les clivages de tous les objets avec lesquels le sujet est en relation : individus, collectif, institution, familles... et même son propre Moi — mais l'analyse aurait alors relevé du cas clinique en psychologie psychanalytique, sortant et de notre champ de compétence, et du cadre de cette thèse...

2.1.2. Proposition d'un principe d'expansion permanente du Moi

Nous avons également été amené à proposer, dans la conclusion du chapitre 3, un principe d'expansion constante du Moi, dont la portée théorique doit être brièvement discutée. S'il s'agit ici d'une discussion d'ordre psychanalytique, mais le détour nous semble pertinent car ce principe est riche d'enjeux en exhaustologie. Il sera ainsi possible de le voir à l'œuvre dans les sensations de déperdition d'énergie ou de substance narcissique, dans l'utilisation d'une infinité de ressources en vue d'entretenir ou restaurer le narcissisme à titre conscient ou non (reconnaissance, développement personnel, formation, etc.).

Selon ce principe, le Moi est régi par une propension structurelle à toujours croître, et à utiliser toute ressource à sa disposition (notamment le narcissisme secondaire) pour ce faire. Tout obstacle empêchant cette croissance ou tout frein la ralentissant occasionne une perte de substance ou d'énergie et un appauvrissement du Moi.

Dans l'imagerie freudienne, le Moi est représenté comme un « animalcule protoplasmique », comme un réservoir de libido, d'où l'énergie sexuelle est envoyée vers les objets et toujours prêt à absorber la libido refluant à partir des objets. Le Moi est donc à la fois un lieu de transit pour l'énergie d'investissement, et le lieu d'une stase permanente de celle-ci, cette charge énergétique le constituant même comme forme [Freud, 1923]. À notre connaissance, Freud ne formule aucune loi d'expansion comme telle ; un principe de constance, soutènement fondamental de toute la psychanalyse est certes très tôt énoncé, mais s'applique au fonctionnement interne de l'appareil psychique, qui chercherait « à maintenir constante en son sein la somme des excitations et y parviendrait en mettant en œuvre des mécanismes d'évitement à l'égard des excitations externes, de défense et de décharge (abréaction) à l'égard des augmentations de tension d'origine interne » [Laplanche et Pontalis, 2007, p. 325].

Le principe de constance nous semble une loi économique, c'est-à-dire quantitative, imprégnée du deuxième principe de la thermodynamique (entropie), voire proche de la notion

d'homéostasie introduite par Cannon [Cannon, 1935], et ne nous semble pas remis en cause par notre proposition. Dans notre compréhension, le Moi a vocation à étendre toujours davantage son empire : les pseudopodes que suggère l'image de l'animalcule protoplasmique relèvent notamment du narcissisme secondaire, où la libido est rapatriée des objets sur lesquels elle avait initialement été projetée, et il est probable que les principes de plaisir et de réalité soient impliqués. Toutefois, que le Moi jouisse d'une propension structurelle à toujours croître ne signifie pas qu'il croisse effectivement, à l'infini et à grande vitesse : à la poussée narcissique s'opposent des contre-poussées et des contraintes — celles par exemple du monde tangible et des « épreuves de réalité », dont l'issue n'est pas toujours favorable. C'est pourquoi il paraît possible de différencier trois types d'événements ou d'acteurs psychiques, selon qu'ils induisent un simple ralentissement de la croissance du Moi sans l'interrompre (freins), une interruption nette de cette croissance (obstacles et adversités), ou une attaque et une réduction du territoire du Moi (traumas ?).

Ce principe d'expansion permanente nous semble à l'œuvre dans plusieurs phénomènes rencontrés tout au long de notre recherche, parce que la croissance du Moi y apparaît contrariée, notamment la fatigue d'impuissance ou la valorisation de l'information et de la formation relatives à la maladie d'Alzheimer, en tant que ressources professionnelles. La théorie de préservation des ressources proposée par Hobfoll et présentée dans le chapitre 1 nous semble au demeurant intégralement sous-tendue par ce principe.

La présence d'un mécanisme de clivage affectant les représentations du résident et l'existence d'un principe d'expansion permanente du Moi n'ont été, dans cette recherche, mises en avant qu'à titre instrumental, intermédiaire, d'où le statut d'hypothèses auquel nous les avons cantonnées. Le processus d'exhaustopoïèse tel que nous l'avons défini a en revanche fait émerger deux pôles thématiques que les sections suivantes soumettent à discussion.

2.2. Face à la maladie d'Alzheimer, une ou plusieurs fatigues ?

L'étude des représentations de la fatigue que nous avons menée a montré que les soignants de la filière opèrent une première distinction entre fatigue physique et fatigue psychologique (2.2.1.). À l'intérieur de cette dernière catégorie, nous avons pu identifier quatre dimensions de la fatigue

spécifiquement attribuée au travail auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (2.2.2.).

2.2.1. Fatigue physique vs. psychologique, une scission usuelle

La fatigue physique est une plainte récurrente chez les soignants, toutes spécialités confondues — notre recherche ne fait pas exception. Chez les femmes, elle est généralement associée aux allées et venues continues, aux piétinements constants, à l'origine de sensations de jambes lourdes [Loriol, 2000, p. 123]. En gériatrie, la manipulation des patients physiquement dépendants peut occasionner des troubles musculo-squelettiques de gravité variable (contractures, tendinites, etc.), notamment au niveau des membres supérieurs et du dos.

Marc Loriol a mis en évidence, entre autres chez les infirmières de divers services hospitaliers auprès desquelles il a enquêté, la correspondance entre les deux bipôles fatigue physique vs. psychologique et bonne vs. mauvaise fatigue : est bonne la fatigue physique, qui cède au repos et au sommeil, tandis qu'est mauvaise la fatigue morale ou psychique, qui perdure [Loriol, 2003a] :

« La 'bonne' fatigue est tout d'abord celle qui peut être surmontée grâce au repos. Elle est le résultat d'une activité 'saine', 'naturelle', c'est-à-dire n'étant pas vécue comme une contrainte imposée à l'individu mais comme une activité 'librement' choisie (même s'il s'agit d'une contrainte intériorisée), ou faisant partie de l'ordre des choses, donc n'ayant pas à être questionnée. En ce sens, la 'bonne fatigue' est perçue comme participant d'une vie en harmonie avec la 'nature' (grands espaces, air pur, etc.) et en accord avec la 'nature humaine'. Elle est la résultante d'un effort physique ou musculaire plutôt que d'une 'dépense nerveuse'. Elle peut tout de même suivre un travail intellectuel, mais dans ce cas elle est, encore plus souvent que pour le travail physique, associée à un sentiment de 'devoir accompli' et d'obtention d'un résultat positif, ou elle est le résultat d'une activité vécue comme agréable. Une forme typique de 'bonne fatigue' est celle qui résulte de la pratique d'un sport, vécue comme librement consentie. Non seulement la 'bonne fatigue' est 'normale' car elle disparaît rapidement, le plus souvent après une bonne nuit de sommeil, mais en plus, elle chasse la 'mauvaise fatigue' grâce à un sommeil réparateur et de qualité.

La 'mauvaise fatigue', au contraire, est le plus souvent durable, elle n'est pas éliminée par le sommeil et peut même être ressentie dès le matin. Son origine est plus 'nerveuse' ou psychologique que physique ou musculaire. Elle est souvent perçue comme le résultat d'une agression sociale qui empêche un mode de vie qui serait conforme à la 'nature humaine' ».

La civilisation occidentale assimile depuis l'Antiquité la fatigue et la dimension corporelle, ou plus exactement la fatigabilité et la corporéité. « Pour Aristote, nous sommes voués à la fatigue parce que nous avons un corps, et donc de la puissance qui doit passer à l'acte dans un effort qui a toujours son coût, alors que pour Plotin c'est parce que nos âmes se fatiguent de la

contemplation qu'elles en viennent à prendre corps » [Chrétien, 1996, p. 11]. Cette fatigue est plutôt agréable lassitude que tourment, à l'exception de l'acédie monastique, perçue comme une « incapacité de repos » [Forthomme, 2000, p. 19], et c'est surtout avec les Temps modernes qu'apparaissent les « mauvaises fatigues », en réponse à des angoisses et à des difficultés spécifiques à tel ou tel milieu social [Loriol, 2002] : mélancolie des courtisans au XVII^e siècle, neurasthénie à la fin du XIX^e siècle, syndrome de fatigue chronique, stress, burn out à la fin du XX^e siècle... C'est à ces « mauvaises fatigues » qu'appartient la fatigue psychologique rencontrée dans notre population d'étude.

2.2.2. Une typologie des fatigues en alzheimerologie

Le discours des soignants que nous avons rencontrés nous ont conduit à distinguer quatre dimensions dans la fatigue morale rencontrée dans l'exercice auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : l'impuissance, l'hypervigilance, l'envahissement et la répétition.

2.2.2.1. La fatigue d'impuissance

La dimension d'impuissance que nous avons relevée dans les discours soignants est dominée par des sentiments de désœuvrement, d'inefficacité ou d'incapacité. Elle s'est à nos yeux manifestée dans deux types de circonstances, dont les ressorts sont à chaque fois spécifiques : le premier est le refus de soin ou d'activité chez le soignant de première ligne ; le second est l'impuissance du cadre infirmier face à la fatigue de ses collaborateurs.

► Refus de soin : un paradoxe multiple

Particulièrement fréquent puisqu'il survient notamment lors de la toilette au lit ou de la douche, le refus de soin place le soignant face à des injonctions paradoxales et à des temporalités contradictoires : aborder le résident en douceur et sans brusquerie, donc ralentir le rythme de travail tout en redoublant de vigilance en raison, par exemple, du risque accru de glissade ou de chute, tout en veillant à ne pas prendre de retard pour ne pas compromettre la suite de sa journée de travail, quitte à solliciter l'aide d'un(e) collègue — au risque que l'équipe porte alors un jugement de valeur négatif sur ses qualités ou compétences professionnelles. Comme indiqué, l'impuissance tient ici à l'imbrication de paradoxes simultanés dans lesquels se trouve englué le

soignant, à des niveaux de réalité différents — cette multiparadoxalité nous semblant constituer un paramètre à la fois très fréquent et exhaustogène.

Au niveau formel, il s'agit d'effectuer la tâche prescrite, en veillant à la sécurité des deux acteurs et sous contrainte de temps, ce qui renvoie partiellement à l'hypervigilance et au stress. Sur le plan collectif, il s'agit de démontrer aux collègues son professionnalisme en accomplissant la tâche sans engendrer de retard ni « presser » le résident — la narration des difficultés rencontrées et de leur résolution selon les règles ou grâce à une innovation jugée astucieuse par le collectif viendra enrichir la « mythologie » du groupe d'un nouvel épisode d'héroïsme du quotidien. Enfin et surtout, sur le plan psychologique, il s'agit de surmonter un instant de tension psychique, qui nous semble en effet parfaitement illustrer notre approche par le clivage du résident : en de telles circonstances, le mauvais résident est celui qui empêche que soit prodigué un soin de qualité au bon résident. La rencontre aussi frontale entre les deux objets partiels par définition antithétiques ne peut que provoquer, en général fugacement car l'une des deux imagos prend inmanquablement le pas sur l'autre, un mouvement de paralysie psychique qui suffit à écorner, même infinitésimalement, le narcissisme, par un sentiment de mise en échec

Un autre mécanisme psychique pourrait toutefois être invoqué. Le refus de soin nous évoque, par association d'idées, le concept de passivation, qu'André Green définit comme « ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché », pour la distinguer de la passivité chez Freud, ou encore comme « ce qui rend l'idée de forcer quelqu'un à être passif », l'associant avec une passivité-détresse, où « plus rien n'est assuré du côté de [la] quête du plaisir ou de sa possibilité d'être représentée dans un état psychique marqué à l'extrême par la perte de l'omnipotence et l'impossibilité de changer le cours des choses » [Green, 1999]. L'on remarquera que l'un des articles les plus féconds que Freud ait consacré à la passivité est consacré à un fantasme de châtiment corporel : « Un enfant est battu » [Freud, 1919] — où s'entremêlent deux motifs également présents dans le refus de soin : l'idéalisation du résident comme enfant et la violence physique. La passivité-passivation apparaît par ailleurs souvent liée à l'intervention d'un autre, qu'il agisse en tant que séducteur ou qu'il soit mis à cette place par les représentations. Or, nous avons souligné que les soignants utilisent des techniques d'amadouement, donc de séduction, pour prévenir ou contourner l'agressivité des résidents, et réciproquement que le bon résident est celui qui embrasse, montre sa tendresse, cajole — en un mot, qui séduit. Enfin, le refus de la passivité renvoie chez Freud au refus de la féminité et à

l'envie du pénis chez la femme, et à l'angoisse de castration chez l'homme ; pour Green, le refus porte plus largement sur le féminin, c'est-à-dire sur « ce qui est lié à la femme (à la mère), ou qui vient d'elle, et qui passivise, entraînant alors un refus actif des fantasmes de passivation en relation aux soins, à la séduction et à la « folie » maternelle » [Green, 1974, p. 51-68 ; Bokanowski, 1999] — nous n'insisterons pas sur la chaîne associative qui peut facilement relier folie et maladie d'Alzheimer, ni sur le très fort taux de féminisation de l'univers soignant. Les situations de soin et de refus de soin nous semblent constituer des formes atténuées de passivation : la situation de soin normale passivise de fait le résident — la violence y est certes remplacée par le pouvoir symbolique que le soignant exerce sur le soigné (et encore conviendrait-il de s'interroger sur la violence *ressentie* par le patient Alzheimer dans des circonstances qui peuvent paraître anodines à un sujet non atteint : contact avec l'eau, etc.) , tandis que la séduction s'y limite à des techniques d'amadouement. Le refus de soin inverse cette polarité : la violence qu'exerce le résident sur le soignant peut y être physique ; la séduction qu'il exerce sur le soignant nous semble demeurer fantasmatique et émaner du bon résident, qui domine la vie psychique du soignant tout au long de la séquence pour qu'elle demeure tenable, et le refus du féminin qu'exprime le résident — s'il est perceptible au soignant, même inconsciemment — est susceptible de questionner l'identité d'une soignante femme (dans une population à 90 % féminine) ou la bisexualité psychique d'un soignant homme — le témoignage d'Antoine, qui souligne que sa tactique consiste en cas de refus à *se faire remplacer par une collègue femme*, est à cet égard révélateur :

- « Alors je ne me sens pas... connaissant la maladie... Et avec le peu de... d'expériences, et le peu de temps passé auprès de ces... je ne me sens pas euh... en échec, mais je me dis que aujourd'hui Ça n'a pas marché avec moi ce n'est parce que je suis un mauvais soignant ou c'est pas parce que je m'y suis pas bien pris... Mais c'est comme ça le... le résident qui est en face de moi, peut-être ce jour, il ne pas voir la même tête de Antoine et donc il se dit je préfère quelqu'un d'autre. Et ce qu'on fait souvent, soit on change de soignant ??, moi je suis un homme je fais intervenir une femme... En me disant que peut être elle réussira à lui administrer ces médicaments, et puis vice versa. Donc je ne me vois pas en échec, même si quelque part on a ce petit sentiment de... de ne pas arriver à... Parce que je me verrais en échec si je tournais le dos et que je partais et que le soin ne soit pas fait par quelqu'un d'autre, ou tenté par quelqu'un d'autre » (Antoine, infirmier).

Selon le schéma général, il résulte de ce refus une « passivité-détresse » qui, compte tenu de la forme atténuée que revêt le processus, peut se traduire en vécus d'impuissance — qu'une partie de la littérature tient pour « contagieux ».

► Une fatigue « contagieuse » ?

Les cadres soignants témoignent d'une forme d'impuissance vicariante ou secondaire, née de la confrontation à l'usure des soignants de première ligne, qui viennent chercher auprès de leur supérieur une solution ou un instant d'écoute. Ce caractère secondaire évoque deux phénomènes signalés dans la littérature, éventuellement en dehors des milieux gériatriques : la contagiosité du burn out et la fatigue compassionnelle.

La littérature a mis en évidence une contagiosité du burn out, indépendante des facteurs organisationnels susceptibles d'affecter simultanément plusieurs membres d'une même équipe de travail, dans de nombreuses professions : infirmières en soins intensifs [Bakker, Le Blanc et Schaufeli, 2005], médecins généralistes [Bakker et al., 2001], enseignants [González-Morales et al., 2012], employés des banques et assurances [Bakker, Demerouti et Schaufeli, 2003], dentistes et assistants dentaires [Hakanen, Perhoniemi et Bakker, 2014]... Les mécanismes les plus souvent mentionnés sont la contagion émotionnelle, qui désigne une tendance à inconsciemment synchroniser ses expressions faciales, sa façon de parler, ses postures et ses mouvements avec ceux d'une autre personne, et d'ainsi converger émotionnellement [Hatfield, Cacioppo et Rapson, 1992], et l'empathie, qui consiste à se mettre à la place d'autrui et par conséquent à ressentir les mêmes émotions [Bakker, Le Blanc et Schaufeli, 2005]. Ces explications, proposées par des psychologues, n'explorent malheureusement pas la possibilité que cette contagiosité émotionnelle relève de réactions de fatigue stéréotypées, apprises et transmises au sein de chaque groupe professionnel par des mécanismes de reproduction qu'il conviendrait d'explicitier — mais qui ressortissent il est vrai à la sociologie...

Cette contagiosité a permis de proposer le concept de fatigue compassionnelle, forme particulière de burn out affectant les professionnels de santé, notamment les infirmières en soins palliatifs et en oncologie [Joinson, 1992] ou chez les psychothérapeutes [Figley, 1995]. La fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées — cet ébranlement constituant le principal critère de distinction entre fatigue compassionnelle et burn out [Stamm, 2005]. Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune

souffrance (il n'est lui-même ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire), mais il la vit chez autrui ou l'entend racontée. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte, outre les soignants, les policiers et militaires [Tehrani, 2010], les prêtres [Flannelly, Roberts et Weaver, 2005], les travailleurs humanitaires, les travailleurs sociaux [Tosone et al., 2010], les psychologues, les vétérinaires [Cohen, 2007], les aidants naturels [Day, Anderson et Davis, 2014], etc.

La fatigue compassionnelle se définit comme un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au processus de stress compassionnel et aux souvenirs traumatiques, notamment visuels, qu'il provoque chez le soignant et qui sont responsables de l'apparition des symptômes de l'état de stress post-traumatique ou de réactions associées, comme la dépression ou l'anxiété généralisée. Les perturbations importantes de la vie privée ou professionnelle (changement de style de vie, de statut social, de responsabilités professionnelles, etc.) aggravent le tableau.

Le stress compassionnel, défini comme le stress lié à l'exposition à une victime souffrant, dépend de l'interaction de six variables : i) l'empathie, dont la rançon est ii) la propension à la contagion émotionnelle, c'est-à-dire à éprouver les mêmes sentiments et émotions que la victime auprès de laquelle on travaille — voire à être submergé par eux. Sont principalement à l'œuvre des phénomènes de mimétisme, dans lesquels sont impliqués les neurones miroirs, et la notion psychanalytique de contre-transfert, qui désigne l'ensemble des réactions inconscientes du professionnel à la victime, plus particulièrement au transfert de celle-ci. iii). L'empathie se caractérise également par la sollicitude (*empathic concern*), capacité à se soucier de la souffrance d'autrui, qui motive l'action. La contagion émotionnelle et la sollicitude conditionnent iv) la réponse empathique, c'est-à-dire l'effort que consent le sujet pour réduire la souffrance d'autrui, effort variable en nature et en intensité. La satisfaction et v) le sentiment d'accomplissement que le professionnel tire de son effort et vi) l'aptitude à la distanciation vis-à-vis de la détresse de la victime conditionnent pour finir sa sensibilité au stress compassionnel [Figley, 1995 ; Figley, 2002].

Les périmètres respectifs de la fatigue compassionnelle et du burn out demeurent toutefois assez flous. Figley identifie toutefois deux différences majeures : d'une part, tandis que le burn out est

d'installation lente, la fatigue compassionnelle peut survenir assez soudainement, sans signaux d'alerte francs ; d'autre part, la fatigue compassionnelle s'accompagne d'un sentiment d'impuissance, de confusion, et d'une sensation d'isolement, voire d'abandon de la part des soutiens institutionnels [Figley, 1995]. La fatigue compassionnelle résulterait ainsi à la fois d'un burn out et d'un traumatisme secondaire [Stamm, 2005]. À la différence de la fatigue compassionnelle, le burn out n'altère pas la vision du monde du salarié. Mais, parce qu'il fragilise le soignant, le burn out peut le rendre plus sensible aux traumatismes vicariants, donc ouvrir la voie à la fatigue compassionnelle. Burn out, traumatisme secondaire et fatigue compassionnelle peuvent donc survenir quasi simultanément chez la même personne...

Mentionnons enfin un dernier concept, d'apparition plus récente, dont la pertinence clinique demeure à valider : la fatigue d'empathie résulterait d'un état d'épuisement psychologique, émotionnel, mental, physique, spirituel et professionnel survenant chez les psychothérapeutes et travailleurs sociaux lorsque leurs propres blessures sont constamment ravivées par les maladies chroniques, les handicaps, les traumatismes, les deuils et les pertes de leurs patients [Stebnicki, 2008].

2.2.2.2. Hypervigilance — ou hyperactivité ?

La dimension d'hypervigilance est attribuée dans nos entretiens, aux comportements parfois imprévisibles des résidents, notamment lorsqu'ils déambulent, et à la nécessité de toujours mener à bien plusieurs tâches simultanées, en étant constamment interrompu, y compris pendant les pauses et les repas.

La psychologie cognitive corrobore la possibilité d'une fatigue de ce type. Les modèles prédominants de l'attention, fonction exécutive qui conditionne le déclenchement de la concentration en organisant, gérant et traitant les informations qui lui sont nécessaires, postulent en effet l'existence d'une réserve globale finie, dite capacité centrale, d'énergie disponible pour exercer son attention. Lorsque plusieurs informations doivent être traitées simultanément, un organisateur central évalue la réserve d'attention disponible, puis l'affecte aux différentes tâches, en fonction des apprentissages antérieurs : les situations nouvelles réclament davantage de concentration que les tâches familières ou répétées, d'où un risque paradoxal d'erreur sur ces

dernières [Kahneman, 1973]. D'où, sans doute, le besoin de parfois se retrouver seul(e) pour accomplir certaines tâches plus délicates...

Néanmoins, cette dispersion peut être partiellement imputée à certaines pratiques professionnelles — ou du moins peuvent-elles l'exacerber. S'engager dans un hyperactivisme dont la rationalité n'est pas manifeste peut ainsi constituer une stratégie permettant un moindre attachement aux patients, le dépassement de la contradiction dévouement au malade vs. compétence technique, et une protection symbolique contre la mort, la maladie et la souffrance [Vega, 1996]. « S'épuiser dans un flot continu d'activité, multiplier les pas en tous sens est, en quelque sorte, un moyen de prouver aux autres et à soi-même que l'on n'a pas le temps de s'investir dans une relation qui pourrait être perturbante pour le psychisme (endosser la douleur d'autrui, subir ses humeurs, etc.). Ainsi, avec un tel schéma comportemental, l'infirmière semble rechercher la fatigue physique pour éviter la fatigue mentale. Soigner ou prévenir la fatigue par la fatigue semble être une stratégie souvent mise en œuvre » [Loriol, 2000, p. 124]. De telles stratégies sont, en fait, monnaie relativement courante : à partir de cas d'autoaccélération qu'il avait décrits chez les ouvriers des chaînes de montage qui, pour empêcher leurs pensées de les distraire et tenir les rythmes de travail pourtant déjà soutenues, accroissent encore leur cadence, rendant ainsi supportables la monotonie de la tâche [Dejours, 1980], Christophe Dejours a ainsi montré comment l'activisme professionnel peut constituer une stratégie mobilisée pour éviter de penser à ce qui dans le travail fait souffrir [Dejours, 2004].

Le risque de cette course effrénée est naturellement le vécu de stress qu'elle induit (en le construisant elle-même partiellement) et l'épuisement. Sur les deux dimensions de la fatigue que nous allons examiner maintenant, le sujet dispose d'encore moins de prise...

2.2.2.3. Fatigues d'envahissement et de répétition : les deux faces d'une même médaille ?

Nous avons caractérisé la fatigue d'envahissement par une tonalité invasive, et l'avons distinguée de la fatigue de répétition, pour laquelle nous avons proposé l'expression « complexe d'Écho » pour désigner plaisamment la fatigue née d'une parole émise de façon répétitive mais sans que la rencontre avec autrui ne se fasse. Mais nous les examinerons ici simultanément, car il est possible qu'elles soient intimement liées, par symétrie.

Outre leurs manifestations physiques, les conduites d'agrippement peuvent passer par les cris lorsque la motricité est désinvestie et/ou réduite et que le contact avec autrui en pâtit, puisque le cri fait « apparaître que la distance entre soi et l'objet du désir peut être supprimée » [Anzieu, 1977]. L'essentiel des événements perturbateurs occasionnant cette dimension de la fatigue sont donc d'ordre auditif (cris, gémissements, insultes, questions répétitives, etc.), ce qui incite à convoquer les développements que Didier Anzieu a consacrés à l'enveloppe sonore du Soi [Anzieu, 1976] afin de montrer que cette fatigue d'envahissement procède de l'effraction des « verbalisations » dans l'enveloppe sonore du soignant, induisant une perte de « substance » narcissique, qui ouvre elle-même la voie à un processus d'empiètement.

► Un environnement sonore insuffisamment bon

Anzieu a proposé l'existence, avant même que le Moi ne se constitue en enveloppe contenant, barrière protectrice et filtre des échanges par dérivation des propriétés et des sensations procurées par la peau [Anzieu, 1974], « d'un miroir sonore ou d'une peau auditivo-phonique », jouant un rôle majeur dans l'acquisition par l'appareil psychique de la capacité de signifier puis de symboliser. Rapidement exposé, il s'agit de considérer que le Soi se forme comme enveloppe sonore dans l'expérience du « bain de sons », concomitante de celle de l'allaitement, à partir des sons alternativement émis par le bébé et par l'environnement, notamment sa mère. Ce bain sonore, lorsqu'il enveloppe le Soi dans l'harmonie, introduit l'enfant dans une aire transitionnelle (au sens de Winnicott), où règne l'illusion qu'il n'existe pas de « différence entre Soi et l'environnement et où le Soi peut être fort de la stimulation et du calme de l'environnement auquel il est uni » [Anzieu, 1976, p 85]. À ce stade précoce de son développement, le sujet doit pouvoir évoluer dans un environnement sonore suffisamment contenant, qui répond « à son plaisir par le plaisir, à sa douleur par l'apaisement, à son vide par le plein et à son morcellement par l'harmonie » [*idem*, p. 87].

Anzieu liste les principaux défauts du miroir sonore, i.e. les caractéristiques phonématiques et sémantiques de la voix que la mère fait entendre à son nourrisson : discordance (à contretemps de ce que ressent, attend et exprime le bébé), brusquerie (tantôt insuffisant, tantôt excessif, sautant d'un extrême à l'autre sans raison compréhensible pour l'enfant), impersonnalité (ne renseignant l'enfant ni sur ce qu'il ressent lui-même, ni sur ce que la mère ressent pour lui) [Castarède, 2005]. En d'autres termes, le miroir sonore et visuel n'est structurant pour le Soi puis

pour le Moi qu'à condition que la mère exprime à l'enfant à la fois quelque chose d'elle et quelque chose de lui.

Or, il est frappant de constater que le bain de paroles qu'offrent les vocalisations d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peut s'avérer négatif sur le plan de la signification à la fois infralinguistique (trouvée aux soins et aux jeux du corps — on a souligné plus haut la difficulté à être touché ou douché, et la fréquence des refus de soin) et prélinguistique (intonations rauques et dures correspondant à de brusques, imprévisibles et fréquents accès de mauvaise humeur, plaintes monocordes, voix éventuellement plus rauque et plus grave, favorisant la confusion des sons et le sentiment d'une intrusion par ceux-ci...). Dans certains cas, ces vocalisations peuvent même constituer de véritables « murailles sonores », vacarme tonitruant entravant toute communication ou pensée [Gori, 1975]. Au quotidien, le cri « attaque les destinataires au plus vif de leurs propres affects, dans la proximité de la représentation impossible d'une relation fusionnelle archaïque aussi véhémentement exigée [...] La mort [y est] sur-représentée par la défaite du langage dont le cri procède, signe d'une souffrance ou d'une douleur ressentie sans remède, nous renvoyant la culpabilité de laisser autrui dans une détresse mortelle qui s'apparente au meurtre » [Caleca, 2006], pointant de nouveau du doigt le sentiment d'impuissance...

Au final, il est possible que cet environnement sonore ne soit, pour le soignant, pas suffisamment bon, et que cette contenance insuffisante se traduise par un sentiment de vide intérieur, de quasi-mort psychique, de paralysie de l'autostimulation, d'hémorragie narcissique, qui pourrait expliquer que le soignant puisse tenter de pallier ce vide en cherchant ailleurs l'hétérostimulation — par exemple par la parole avec l'institution, les collègues, ou même le résident...

Ce sentiment de vide nous semble laisser le champ libre au « mauvais résident », issu du clivage, et instaure ce vécu d'intrusion par empiètement de ce « corps étranger interne » [Freud, 1895].

► Un effort pour rendre l'autre fou ?

La relation de soin auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer institutionnalisées n'est pas sans évoquer certains points soulevés par Searles dans ses descriptions de patients schizophrènes [Searles, 1959]. La maladie d'Alzheimer n'est certes plus considérée comme une forme de folie, mais la persistance de certaines représentations dont témoignent certains des

entretiens que nous avons menés, ou celle du terme « démences » pour désigner les maladies neurodégénératives de type Alzheimer, nous convainquent du bien-fondé du parallèle que nous allons opérer.

Searles relate avoir souvent constaté, chez les schizophrènes, des comportements paradoxaux d'au moins l'un des parents, cherchant à attirer la sympathie de l'enfant en provoquant une intervention thérapeutique de sa part, tout en rejetant ses efforts pour aider, si bien que la sympathie et le désir d'aider sincères de l'enfant se combinent à la culpabilité, à la colère et au sentiment d'impuissance et d'inutilité — la réitération de la dénégation parentale empêchant l'enfant de se confronter convenablement à la réalité. Le parallèle avec la *situation de soin professionnel* prodigué à un patient atteint d'une démence dont les brusques changements d'humeur et de comportement — notamment l'alternance de moments de tendresse et de phases plus agressives — constituent l'un des symptômes clés s'impose dès ce stade. Chez Searles, l'effort pour rendre l'autre fou peut recourir à diverses « techniques », dont *précisément* l'alternance rapide et brutale des « longueurs d'onde » auxquelles le parent s'adresse chez le sujet. Il en résulte toujours un ébranlement majeur de la confiance qu'a l'enfant dans la fiabilité de ses propres réactions affectives et de sa propre perception de la réalité extérieure.

Searles précise que l'effort pour rendre l'autre fou peut dissimuler plusieurs motifs sous-jacents. Du processus complexe à l'œuvre, nous ne retiendrons que trois caractéristiques, plus particulièrement pertinentes pour notre raisonnement et en soulignant qu'elles ne sont pas sans évoquer les analyses de Devereux sur les manières culturellement acceptables d'être fou :

- la menace de la folie ;
- la réciprocité de la lutte engagée pour rendre l'autre fou ;
- la dimension groupale.

La schizophrénie du patient consiste essentiellement en l'introjection d'un parent fou (généralement, la mère), adoré au point de sacrifier sa propre individualité en devenir à la symbiose indispensable au fonctionnement psychique de la mère. Dans notre cas de figure, c'est le mauvais résident, issu du clivage, qui nous semble introjeté dans l'appareil psychique du soignant par un processus proche de l'empiètement, terme qui désigne l'imposition d'un objet psychique (imago) du parent comme objet d'identification pour l'enfant (qui est pris dans une nécessité de s'identifier à l'imago). Pour l'enfant, l'imago est soit captivante (elle pénètre alors,

généralisant un faux self), soit persécutrice (elle est alors rejetée et source de luttes incessantes visant à la contrôler et à la maintenir à distance) [Ciccone, 2003 ; Ciccone, 2012, p. 82]. Face à la maladie d'Alzheimer, cet empiètement nous semble perçu comme une menace de la folie.

Cet effort peut avant tout autre chose symboliser psychologiquement le meurtre et la destruction de l'autre. Les patients schizophrènes culpabilisant de tels « souhaits de psychose » donnent l'impression de sentir qu'ils sont sortis vainqueurs de cette lutte avec le parent où chacun s'efforçait de rendre l'autre fou — l'apparition ultérieure de leur propre psychose pouvant être partiellement imputée à la culpabilité et à la crainte d'une revanche du patient, issues de cet ancien duel. La lutte engagée est donc bien mutuelle, mais l'arsenal déployé dans notre schéma diffère d'un protagoniste à l'autre : si le mauvais résident se contente de pousser le soignant à la folie, par la répétition par exemple, le soignant peut s'appuyer sur un mécanisme plus groupal puisque, dans le but d'extérioriser — donc d'éliminer — la folie qui menace en chacun, le collectif soignant peut avoir tendance à traiter en retour le résident comme le « fou » de la famille, dépositaire de toute la folie des autres membres du groupe familial, avec d'autant plus de facilité que les relations de pouvoir sont déséquilibrées, y compris en matière de définition de la folie (ici, la maladie d'Alzheimer).

La fatigue d'envahissement par empiètement fait donc figure d'image inversée de la dernière entité de fatigue que nous avons proposée — la fatigue de répétition, que nous avons également baptisée « complexe d'Écho », dont l'action repose sur la contrainte à « parler dans le vide ».

► Quelle place pour le « complexe d'Écho » ?

Par son volet lié à la relation avec le résident, le « complexe d'Écho » est raccroché à la fatigue d'envahissement, à laquelle il répond par effet de miroir. Mais son périmètre peut être interrogé. Aux questions répétées de ce dernier succèdent les réponses répétées du soignant, et nous venons de rappeler la crainte sous-jacente de ce dernier de devenir lui-même « fou » en se trouvant contraint de mimer le résident.

Toutefois, nous avons intégré dans notre analyse les autres tiers avec lesquels le soignant est en contact et que ses paroles échouent à rencontrer : familles rétives aux explications, direction sourde aux revendications, collègues fermé(e)s aux suggestions ou demandes, réunions collectives non suivies d'effets, etc.

Dans le « miroir sonore », « l'entendu de l'autre enveloppe le soi dans l'harmonie puis, en retour, il vient répondre et en écho à l'émis et le stimule » [Anzieu, 1976, p. 83]. Mais la répétition dans le vide place le soignant face à un miroir qui ne renvoie nulle image, si ce n'est celle de l'absence — absence de l'Autre, absence de soi dans le regard des autres, et pour finir absence de soi...

L'expression « complexe d'Écho » a pu être utilisée, dans la filiation de Jung, pour décrire une personnalité reconnaissant son besoin des autres qui s'exprime toutefois sur le mode de la subordination, en se positionnant vis-à-vis de l'entourage par une inclination à prendre soin des autres [Galipeau, 2001]. Cette acception peut être rapprochée du faux self qui, chez Winnicott, désigne une personnalité factice, soumise aux exigences de l'environnement, donc socialement adaptée, mais dont la fonction principale est de protéger le vrai self [Winnicott, 1965]. Elle est également apparentée au « nourrisson savant » de Ferenczi [Ferenczi, 1923], enfants ou adultes dotés d'un intellect brillant mais incapables de communiquer de manière vivante et spontanée [de Parseval, 2007], ou à l'enfant doué qui, chez Miller, est très tôt au diapason des sentiments et affects inconscients des autres, mais ne fait que rarement l'expérience d'une quelconque résonance des autres à son égard [Miller, 1981].

L'interprétation psychanalytique classique du mythe d'Écho insiste sur sa complémentarité avec celui de Narcisse — il y est question non plus de l'image et du regard, mais de l'écoute et de la parole en propre —, et sur la féminité d'Écho, qui ne manque sans doute pas de pertinence dans un contexte professionnel aussi féminisé que les milieux soignants. Écho se révèle une figure éminemment relationnelle, qui cherche l'autre, le désire même — sans qu'il réponde. Figure du mépris et de la passivité, elle est liée à cet objet indifférent, incapable de l'entendre, vide. Jusque dans son dépérissement, au terme duquel ne subsiste que l'écho, la nymphe « protège le lien ; ce faisant, elle garde malgré tout l'espoir d'une rencontre, mais se maintient aussi dans un impossible. Écho est impuissante et passive, elle subit » [Sandor-Buthaud, 2009]. Même s'il demeure chez Écho l'espoir de supprimer la perte, première, d'une mère qui ne serait pas absente, d'obtenir de l'autre une écoute, il prédomine chez elle une béance mortifère, une certaine mélancolie.

Derrière ce qui, plus quotidiennement, se dit comme absence de reconnaissance, semble donc se profiler une double angoisse : celle ne de pas ou de ne plus être, qui élargit la voie à

l'empiètement par le mauvais objet, et celle d'être abandonné qui, par retournement, peut venir alimenter le surinvestissement de la dimension relationnelle du métier (v. *infra*).

Cette typologie des entités de fatigue rencontrées dans le travail auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer permet d'en montrer les facteurs et mécanismes d'émergence « exhaustogénèse »), essentiellement sous un angle psychologique, et en soulignant çà et là une dimension presque traumatique des processus en cause. Tout au long de cette présentation s'est donné à voir, en filigrane plus ou moins subtil, l'articulation avec le collectif, voire avec le social.

Nous voudrions maintenant examiner comment ces expressions de la fatigue s'insèrent dans un processus de professionnalisation à la fois individuel et collectif, en appuyant notre réflexion sur la relation entre le burn out et l'expérience que nous avons mise à jour.

2.3. L'avancée dans la carrière, intégration réussie d'une idéologie sacrificielle latente

Nous voudrions à ce stade proposer une nouvelle hypothèse, à vocation intégrative, issue de nos observations et de leur confrontation à la littérature sociologique et psychanalytique, dont elle assure ainsi la cohésion, fidèle à cet égard à notre approche psychosociologique.

2.3.1. Une idéologie de la recherche de la souffrance non masochique ?

À notre sens, en alzheimerologie et gériatrie du moins, les idéaux sacrificiels hérités du passé religieux des professions soignantes ont certes perdu en visibilité mais ont conservé leur puissance, et s'expriment désormais par des moyens parfois très indirects. De sorte que la « culture soignante » nous semble désormais traversée par deux types de valeurs : les valeurs contemporaines affleurent dans la communication formelle, et des valeurs historiques de sacrifice, supposées supplantées ou en voie de l'être, contredisant parfois les premières mais toujours présentes et actives, sous forme latente. Plus précisément, nous postulons que toutes les phases de l'apprentissage formel et informel des soignants ont pour effet, si ce n'est pour objectif, la transmission d'une idéologie latente du sacrifice. La professionnalisation en cours des métiers de l'alzheimerologie intègre par conséquent la coévolution de cette idéologie et de la construction sociale de la maladie d'Alzheimer, et doit par conséquent en respecter la double

logique. La plus ou moins bonne adhésion à cette idéologie induit entre autres des formes de fatigue différentes.

Bien que nous n'ayons pas adopté l'approche ni la méthodologie proposées par le psychodynamique du travail, notre conception est sans doute ici assez proche de la notion d'idéologie défensive de métier proposée par Dejours. « Une idéologie défensive de métier est un ensemble de comportements valorisés par le groupe tout entier, pertinents au métier et qui expriment un attachement à ce métier. C'est une manière d'être qui devient une norme de référence pour tous, et à laquelle il faut s'adapter et se conformer, au risque d'être marginalisé et exclu. Ceci suppose que les exigences relatives à cette idéologie défensive soient connues et diffusées, formellement et informellement. Cette idéologie défensive se traduit dans des conduites et des discours qui portent l'empreinte spécifique de l'organisation du travail et de ses contraintes » [Rhéaume, Maranda et Saint-Jean, 2000]. L'une des finalités d'une idéologie défensive de métier est ordinairement d'organiser la mutation de la souffrance liée au travail en plaisir, afin de protéger les membres du groupe individuellement et collectivement [Dejours, 1980].

Notre proposition est légèrement nuancée : chez les soignants, cette transformation nous semble prendre une tournure sacrificielle qui impose de *transformer certains éléments en souffrance pour y puiser du plaisir non dans la frustration* (qui mettrait en jeu le masochisme), *mais dans la privation*, ce qui permet de *préserver, voire de renforcer la position sacrificielle et de pouvoir tenir !* Souvent en effet, les éléments qui seront utilisés dans la construction de la souffrance sont connus, mais n'empêchent pas le soignant de s'engager, d'où une sensation générale de « *malgré tout* »... Cette position suppose que l'idéal sacrificiel demeure la seule modalité collectivement imaginable et mobilisable contre la souffrance, malgré sa disparition officielle. Ce dont il est ici question nous semble relever d'une forme modérée de narcissisme moral, tel qu'il a été proposé par André Green, qui sous-tendra notre réflexion [Green, 1969].

Enfin, nous n'écartons pas l'hypothèse que cette idéologie, que les soignants se voient proposer ou imposer comme norme de rapport au travail, conduise pour certains à la constitution d'un faux Self tel que l'a proposé Winnicott.

2.3.2. Le narcissisme moral : l'omnipotence derrière l'humilité

Plusieurs éléments, dans la « culture » soignante, suggèrent le narcissisme moral, même dans sa conception laïque, et la stratégie d'affirmation du sacrifice que nous postulons.

Ainsi, dans la conception qu'en développe Green, le narcissisme moral est une aspiration à renoncer à toute forme de satisfaction et de jouissance (ce qui le distingue du masochisme, *qui recherche la jouissance dans la souffrance*), en abandonnant tout lien à l'objet : il s'agit d'être pur, seul, de renoncer au monde, à ses plaisirs comme à ses déplaisirs, « de faire vœu d'endurance sans rechercher la douleur, de pauvreté et de dénuement, de solitude, voire d'ermitage ; toutes conditions qui rapprochent de Dieu [...] La souffrance, pourtant, ne sera pas recherchée mais elle ne sera pas évitée, quelque énergie que le sujet emploie pour en faire l'économie » [Green, 1969, p. 203]. Le confinement d'un EHPAD, son atemporalité, l'âge de ses résidents évoquent le retrait du monde, et l'endurance est une vertu cardinale des collectifs soignants, pour qui il s'agit de « tenir ». Le faible niveau des rémunérations et le relatif manque de moyens matériels sont connus de longue date, mais n'empêchent pas les soignants d'embrasser la carrière *malgré tout*.

Cliniquement, le narcissisme moral s'exprime par toutes formes d'ascétisme inconscient : « on ne boit, on ne mange que pour survivre, non par plaisir. On élimine la dépendance à l'égard de l'objet et du désir par un autoérotisme pauvre, dénué de fantasmes, dont le but est la décharge comme vidange hygiénique ; ou encore on opère un déplacement massif sur le travail et on met en œuvre d'arrache-pied une pseudo-sublimation ayant davantage la valeur d'une formation réactionnelle que d'un destin de pulsion par inhibition, déplacement de but et désexualisation secondaire » [Green, 1969, p. 206]. Nous avons, pour notre part, déjà mentionné le raccourcissement des temps de repas, des pauses café, des moments de détente et le recours à une « bonne hygiène de vie », cités par nos interviewés pour conjurer la fatigue, et qui nous semblent relever de ce trait.

Le narcissique moral peut faire preuve d'une certaine immaturité affective, avec sensiblerie et horreur des appétits humains, et parfois d'un « attachement à des rêveries d'un genre puéril, emphatique et volontiers messianique » ; il peut être enclin à volontiers se placer en position victimaire, qu'il ignore, convaincu de sa supériorité. Les fantasmes religieux (identification à la Vierge, conception sans péché, etc.) témoignent de conduites d'idéalisation toujours mises en

échec par la contestation du réel. Or, la dimension religieuse des professions du care a maintes fois été rappelée, et nous avons-nous-même évoqué la position de « gardien du temple » et de « vestale » des soignants ; par ailleurs, l'attrait des médecines alternatives et des psychothérapies de toutes obédiences a été noté chez les soignants [Loriol, 2000, p. 143].

Green note l'idéalisation de l'image des parents, et la conservation de toutes les caractéristiques de la relation aux parents, à la mère notamment. Chez ces sujets, l'amour de leur Idéal du Moi est indispensable, comme l'amour qu'ils attendaient de leur mère — et comme la nourriture donnée par leur mère dont l'amour était déjà la première illusion. « Je suis nourri, donc je suis aimé », dit le narcissique moral, qui s'efforce d'obtenir sans relâche cette même nourriture inconditionnelle par la privation et la réduction des investissements [Green, 1969, p. 217]. La prépondérance, pour des raisons démographiques, du nombre de femmes âgées parmi les résidents, facilite sans doute ici la présentation d'imagos maternelles.

Soulignons, enfin, la présence d'un sentiment de toute-puissance masquée par un épais manteau d'humilité : Green voit dans le narcissisme moral une forme de névrose narcissique associant un refus des pulsions à un refus du réel. Le soutènement mégalomane implique un refus des investissements d'objet par le Moi, conduisant à un désaveu de l'ordre du monde. En s'offrant pour objet sacrificiel, le sujet « bouche les trous par où se révèle l'absence de protection du monde par une image toute-puissante divine, pour tenter d'obstruer ce manque intolérable [...] Si Dieu n'existe pas, alors il m'est permis de le remplacer et d'être l'exemple qui fera croire en Dieu. Je serai ainsi Dieu par procuration ». On conçoit que l'échec de l'entreprise entraîne la dépression, selon le mode du tout ou rien, sans médiation [Green, 1969, p. 210-211].

Ces quelques briques théoriques étant posées, reste à considérer comment cette idéologie peut s'infiltrer et être mobilisée dans l'apprentissage et la transmission des missions liées à la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, et s'articuler à l'exhaustopoïèse.

2.3.3. La reproduction de l'idéologie narcissique morale

La carrière d'un soignant ne commence pas avec le premier emploi : elle débute au plus tard durant sa formation initiale, voire plusieurs années auparavant lorsqu'il fait le choix de s'engager dans une carrière soignante. Elle nous permet de montrer ici, à l'aide de quelques exemples,

comment la transmission de l'idéologie, enjeu majeur des périodes de formation et d'intégration, permet au groupe d'organiser la « mise en scène » de son propre sacrifice.

Nous avons souligné à plusieurs reprises l'importance de la vocation. En dehors d'un éventuel narcissisme moral préexistant, dont on perçoit aisément quel rôle il peut jouer dans le choix du métier, l'analyse des parcours personnels montre, étude après étude, la prégnance des valeurs de dévouement, de charité et de don de soi dans le choix de la carrière [Tremblay, 2014, p. 49]. De notre côté, nous avons identifié trois profils de soignants en fonction de leurs motivations : la relation spéculaire, la vocation par répétition et la vocation par réparation, ces deux dernières catégories étant rattachées au passé familial personnel du soignant. Raccrocher la pratique professionnelle à une situation personnelle qu'il a jadis lui-même déjà éprouvée offre certes au soignant l'avantage de donner un sens à son travail — comme l'ouvrier qui aurait la possibilité d'utiliser lui-même le produit qu'il a contribué à fabriquer [Friedman, 1956]. Mais l'approche sociologique fait surtout une analyse moins romantique de ces parcours biographiques, en montrant qu'ils relèvent fréquemment d'un processus de naturalisation des compétences soignantes, au cours duquel le passé du soignant est réécrit pour ériger ces compétences au rang de don naturel.

Étudiant la phase d'intégration de jeunes recrues dans des maisons de retraite françaises et québécoises, François Aubry a pu montrer « la contradiction entre les propos des acteurs, proposant une vision naturalisée du choix professionnel, et le récit de leur parcours professionnel » que « l'intégration au collectif passe ainsi par une représentation de la transmission des compétences dans l'ordre de l'immémoriel. Il n'y aurait pas de cause, pas de processus, mais la représentation d'une continuité et d'une logique entre les compétences définies comme un don et l'acquisition d'une place professionnelle » : les compétences domestiques sont incorporées depuis toujours et ne sont qu'*actualisées* dans le métier d'aide-soignante. Le recours à la naturalisation permet d'expliquer le choix professionnel ('Je me suis beaucoup occupé de mes grands-parents dans mon enfance') ». Le collectif a en outre le pouvoir d'imposer aux nouvelles une représentation particulière de la transmission des compétences professionnelles, au terme d'un raisonnement tautologique : si la phase d'intégration a réussi, c'est bien parce que les compétences nécessaires au métier sont innées et n'ont pas de cause, confortant la représentation préétablie [Aubry, 2010]. Nous avons de notre côté effectivement retrouvé de tels raisonnements essentialistes concernant l'empathie ou cette force intérieure que

le soignant doit posséder de naissance pour « tenir dans ce métier » — ou être disqualifié par ses pairs.

Durant la phase d'intégration, la recrue apprend également à se fondre dans la double temporalité de l'équipe soignante : à un rythme rapide durant la journée de travail succède un rythme plus lent lors des contacts avec les résidents, les stratégies de régulation temporelle étant parfois complexes [Aubry, 2012]. L'intégration débute en réalité dès les premiers stages, au cours desquels la recrue apprend à surmonter le dégoût lié aux tâches d'hygiène corporelle. À cette occasion, le fossé avec l'image du métier se comble, pour les nouvelles recrues, grâce à l'occultation progressive du caractère dégradant des pratiques et l'usage d'une présentation valorisante du métier, soit celle de la relation humaine [Arborio, 2012]. La place du collectif est dans cet apprentissage primordial, car il a le pouvoir d'adouber ou au contraire d'exclure rapidement une jeune recrue selon qu'elle satisfait ou non à ses critères. Ces modalités de contrôle social permettent de dupliquer instantanément l'idéologie soignante : en balisant le temps et le rythme à adopter en fonction du type de tâches, le collectif rappelle la priorité qu'il accorde à l'ethos relationnel. Or, nous avons souligné dans le chapitre 3 que, dans un contexte de raréfaction des ressources matérielles, humaines et temporelles, offrir, pour solution à l'activation de l'angoisse d'abandon, la dimension relationnelle du métier permet précisément de s'assurer que les recrues partagent rapidement le même diagnostic que le groupe quant aux causes de la souffrance au travail. Incidemment, prioriser cette dimension que l'on *sait* délicate permet de confirmer et d'amplifier la sensation qu'on ne lui accorde pas assez de temps — là encore, grâce à un procédé tautologique. En d'autres termes, tout se passe comme si la priorité était accordée à cette dimension *précisément* parce que le collectif l'estime « mal traitée », ce qui confirme la souffrance qu'il ressent et le sacrifice qu'il consent... Là encore, la confrontation des discours et des situations réelles met à jour quelques contradictions : une équipe de psychodynamique du travail a ainsi pu constater comment, intervenant dans un contexte tendu entre une équipe soignante et sa direction, elle a découvert des soignants maltraitants malgré eux, revendiquant initialement au nom des intérêts du patient... avec un patient totalement absent de leurs récits [Ingwiller et Molinier, 2010].

Citons pour terminer la quête de reconnaissance, qui relève directement du narcissisme moral, où le sujet témoigne « d'un besoin d'amour particulier, puisqu'il vise la reconnaissance du sacrifice du plaisir » [Green, 1969, p. 205]. Il est communément admis, désormais, qu'aucune gratitude

n'est à attendre de la part du patient, ce qui n'empêche pas le discours infirmier de continuer à véhiculer l'image d'un investissement personnel du soignant rémunéré par la reconnaissance du malade [Loriol, 2000, p. 130], mais aussi des plaintes face aux multiples dénis de reconnaissance dont les soignants souffrent, jusque dans notre étude. La persistance des plaintes quant à ce décalage entre attentes et témoignages de reconnaissance, cause de souffrance si l'on se contente de ce niveau d'analyse, présente toutefois un intérêt lorsqu'il est replacé dans une perspective narcissique morale : ériger la reconnaissance du résident en principal mode de rétribution du « service » soignant, alors que la profession *sait* que cette reconnaissance ne sera manifestement pas au rendez-vous, autorise *précisément* à faire valoir le déficit de reconnaissance, donc le sacrifice que l'on consent.

La liste des exemples ou des indices pourrait s'allonger à l'infini, mais nous avons simplement voulu montrer ici que l'idéologie soignante a la faculté d'activer des mécanismes relevant du narcissisme moral ou proches de lui, en transformant certains éléments du contexte organisationnel en souffrance pour renforcer la position sacrificielle — et leur rendre la situation plus tolérable.

Quelle place pour le burn out et la fatigue, puisque c'est d'eux qu'il s'agit dans notre démonstration ? Dans notre analyse, ils s'insèrent dans un processus tout à fait similaire à ceux que nous venons de décrire. Étudiant la fatigue névrotique, Georges Devereux montre qu'elle peut revêtir plusieurs modalités, dont deux nous intéressent ici :

- la première considère que la fatigue peut être recherchée, en recourant au paradigme de la fatigue post-coïtale, afin d'obtenir la jouissance que fournit l'apaisement de la tension. Devereux note qu'elle peut être recherchée comme un acte d'ascétisme paradoxal, afin de procurer la chasteté, l'épuisement et l'impuissance (le sujet s'épuise à titre préventif pour ne pas pouvoir atteindre la jouissance) ;
- la seconde envisage cette fatigue comme une défense *anticipant* les exigences du travail, considérées comme dépassant les possibilités physiologiques, i.e. comme une « anticipation défensive des conséquences prévisibles de la quantité de travail exigée ». Il est donc parfaitement envisageable que la fatigue réelle puisse être exploitée, et même intentionnellement produite à des fins socio-culturelles et/ou psychologiques [Devereux, 1966, p. 279].

Nous l'avons déjà évoqué, Devereux considère la fatigue comme une possible occasion d'exhiber un comportement névrotique culturellement acceptable, « justifiant » les manifestations « d'une passivité et d'une dépendance pathologiques ». Dans l'exhaustopoïèse qui nous mobilise ici, ces deux modalités de la fatigue névrotique nous semblent pouvoir être conjuguées pour être mises au service du narcissisme moral. Le sujet peut à la fois s'épuiser pour ne pas jouir (par exemple, dans l'hyperactivisme) et ressentir la fatigue avant la survenue d'un travail qu'il imagine trop épuisant... Cette fatigue est, de plus, à la fois un alibi et un chantage : *'Si je ne travaille pas, ce n'est pas que je sois paresseux ; je suis simplement épuisé'* va de pair avec : *'Fais mon travail, je te prie — je suis trop fatigué pour le faire moi-même'*. [...] Enfin, la fatigue névrotique — comme l'ascétisme — implique très souvent aussi la manifestation déguisée d'une grande hostilité envers ceux qui ont droit de compter sur l'aide du 'fatigué' » [Devereux, 1966, p. 281] — comme le narcissisme moral [Green, 1969, p. 223]. Rappelons la conclusion que nous tirions dans le chapitre 3 : ici, la dimension sacrificielle est apportée par l'intégration dans un discours plus large, car cet appel à autrui pour faire mon travail se heurte non seulement au manque de personnel, qui me contraint donc à travailler encore plus malgré mon état de fatigue, mais aussi à l'absence d'un Autre capable d'écouter et d'entendre ma plainte de fatigue.

La proposition que nous venons de formuler, d'une idéologie soignante teintée de narcissisme moral, se transmettant d'une génération de soignants à l'autre par des mécanismes parfois tortueux, paraîtra peut-être exagérée, ou caricaturale. Elle nous semble toutefois rendre justice aux messages que les soignants que nous avons interviewés nous ont délivrés, et constituer une explication plausible au polymorphisme des causes et des symptômes de la fatigue et du burn out en alzheimerologie. Faute de compétences suffisantes, nous n'avons pas poussé plus loin notre hypothèse de la constitution, chez certains, d'un possible faux Self professionnel, vers laquelle notre intuition nous incline. Lorsqu'elle se heurte à l'absence de toute trace de narcissisme moral préexistante chez un sujet (chez ceux exerçant par exemple par simple contrainte économique), l'idéologie soignante est en effet susceptible d'engendrer une impression de fausse personnalité, de masque, dont le destin psychique mériterait d'être étudié.

Quant à l'hypothèse traumatologique, qui nous anime depuis le début de notre recherche, les résultats partagés indiquent sans doute que notre méthodologie souffrait de quelques lacunes.

Une future génération de chercheurs en psychologie clinique ou en psychanalyse nous fera peut-être l'honneur de se re-saisir du problème pour l'examiner...

Conclusion

L'ensemble de ces résultats, aussi bien quantitatifs que qualitatifs, incitent dans un premier lieu à interroger à la fois le concept de burn out et l'instrument de mesure correspondant qu'est le Maslach Burnout Inventory. La difficulté à comparer les résultats publiés d'une étude à l'autre, malgré la très volumineuse littérature recourant à l'un et à l'autre — et dont nous n'avons consulté que celle relative à la gériatrie —, et la sensation de décalage entre les résultats épidémiologiques et le discours des soignants rencontrés, par exemple, ne manquent pas d'intriguer. La mesure a-t-elle été correctement effectuée ? L'instrument de mesure est-il le bon ? Le concept est-il cliniquement pertinent ? Notre travail nous incite à penser qu'à cette dernière question, la réponse doit être posée et pesée. Les discours de nos interviewés conduisent plutôt à penser que le burn out s'avère une catégorie trop étroite, trop précise, pour désigner convenablement leurs ressentis de fatigue. À ce compte, peut-être l'épuisement émotionnel suffirait-il à appréhender convenablement, d'un point de vue psychométrique, le vécu des soignants. D'autres ont proposé cette solution, sans pouvoir lutter contre le MBI...

Le concept d'exhaustopoïèse, que nous avons proposé pour embrasser un spectre d'analyse plus large, dans une optique identitaire, nous semble en revanche d'un intérêt naissant, mais probable. L'articulation qu'il permet entre le psychologique ou le psychanalytique et le sociologique est l'un de ses atouts, et l'une de ses faiblesses tout à la fois, tant le nombre de champs disciplinaires impliqués est élevé.

Conclusion et perspectives

La question à laquelle cette recherche s'était assigné la mission de répondre, bien qu'elle ait été formulée par le truchement d'hypothèses multiples, pourrait au fond se résumer en une seule : celle de savoir si et dans quelle mesure le burn out procède, dans le travail auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, de facteurs de risque ou de protection *sui generis* se superposant, s'ajoutant ou se substituant aux critères habituellement décrits dans d'autres secteurs d'activité.

Répondre à cette double question se révèle particulièrement complexe, notamment parce qu'elle a nécessité de travailler selon deux plans d'étude, l'un organisationnel afin de tenir compte de la pluralité des types d'établissement ou de service amenés à prendre en soin ce type de patients ou de résidents, l'autre à la fois intersubjectif et intrasubjectif afin de rendre simultanément compte des particularités de la relation soigné/soignant dans un contexte de fréquents troubles du comportement chez la personne prise en soin et de la dynamique des phénomènes psychiques à l'œuvre dans le burn out.

Nous avons certes pu calculer une prévalence d'environ 8 %, à la fois modérée compte tenu des chiffres disponibles par ailleurs, et importante en valeur absolue, mais face à la cacophonie conceptuelle et psychométrique dont souffre la littérature consacrée au burn out, il est difficile de déterminer si la maladie d'Alzheimer est *particulièrement* burnoutogène ou non, du moins dans notre population d'étude. Celle-ci présentait la singularité d'être exclusivement composée de soignants travaillant dans différents types d'établissements ou services (EHPAD, unités protégées Alzheimer, cliniques SSR polyvalentes ou gériatriques, etc.) appartenant tous au groupe de santé privé ORPEA. Or, les établissements privés sont rarement associés aux recherches en la matière, mais fréquemment accusés d'être de grands pourvoyeurs de souffrance au travail — accusations ici manifestement infondées.

En revanche, notre travail nous semble sans équivoque quant à la spécificité, en alzheimerologie, des mécanismes et processus aboutissant, au niveau intrasubjectif, sinon au burn out, du moins à quatre entités de fatigue que nous avons pu identifier.

En EHPAD, nous avons toutefois montré l'inscription de ces ressentis de fatigue dans un ensemble de phénomènes sociaux généralement inaccessibles au sujet, et liés à la professionnalisation progressive des métiers de l'alzheimerologie — en d'autres termes à la construction d'une identité professionnelle du champ gériatrique et des métiers qui le composent. Dans notre compréhension, cette construction se fait par déclinaison et reproduction d'un modèle sacrificiel hérité du passé religieux de l'Hôpital, supposé aujourd'hui disparu, mais toujours latent. La fatigue des soignants apparaît ici comme une construction sociale puisant son matériau apparent dans la relation au soigné, mais prédéterminée par ce que nous avons appelé une « idéologie sacrificielle latente ».

Ces résultats et les propositions théoriques que nous avons été amené à formuler ouvrent à notre sens trois grandes perspectives, d'horizon temporel et de complexité variables.

Quelle traduction opérationnelle ?

La finalité de notre travail peut être comprise comme la mesure du phénomène burn out dans la population étudiée mais aussi, à l'issue d'une étape de compréhension des phénomènes en jeu, comme l'émission rapide d'un certain nombre de suggestions et de recommandations visant à contenir ou à y réduire la prévalence du burn out. La rédaction de telles préconisations est, à l'heure où nous rédigeons ces lignes, en cours, et l'on comprendra que, financées par un acteur économique privé, elles demeurent soumises à une certaine confidentialité.

Sans trahir cette contrainte, il nous semble que nos suggestions gagneront à s'affranchir d'une lecture trop rigide du cadre conceptuel offert par l'approche maslachienne du burn out. Même si la prévalence décelée dans notre recherche suffit à elle seule à justifier une réflexion opérationnelle plus poussée, les ressentis de fatigue que nous avons décrits se révèlent trop éloignés, à notre sens, du burn out archétypique pour que ce dernier demeure le seul indicateur utilisé. Bouclant sur les critiques et réserves émises à l'encontre du modèle tridimensionnel du burn out, et que nous avons synthétisées dans notre revue de littérature, nous pensons que

l'épuisement émotionnel constitue l'indicateur le moins mauvais pour rendre compte des ressentis de fatigue que nous avons décrits — ce qui porte la prévalence de la fatigue dans notre population à 16,55 % des répondants et accroît d'autant l'intérêt de cette recherche.

Cette pression quantitative mise à part, les préconisations que nous serons amené à formuler se heurteront à une difficulté majeure : elles devront renforcer la professionnalisation en cours des soignants alors même que nous avons montré que celle-ci contribue à reproduire une idéologie du sacrifice qui constitue à la fois la source et le remède du mal. Les différents outils de mise en discussion du travail s'avéreront ici sans doute précieux en contribuant à l'édification d'une professionnalité commune, dont nous devons trouver le langage le plus juste pour qu'elle puisse s'affranchir de cette idéologie sacrificielle latente. L'enjeu est de taille, puisqu'il s'agit au moins autant d'assurer la pérennité de la qualité des soins que la fidélisation des personnels...

Une conception généralisable ?

Notre recherche ouvre une deuxième perspective, d'échéance moins proche, visant à déterminer si ces résultats sont généralisables et/ou comparables à d'autres populations.

Il s'agira, par de futures recherches, d'établir par exemple si d'autres populations de soignants travaillant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer permettent de conclure à la présence des mêmes processus ou de processus similaires :

- soignants travaillant dans d'autres environnements : autres groupes de santé privés, EHPAD publics, EHPAD du secteur privé non lucratif, etc., dont les cultures et les situations économiques spécifiques peuvent créer des environnements organisationnels différents ;
- soignants des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer dans divers pays étrangers, afin d'étudier l'homogénéité et/ou la variabilité des ressentis et mécanismes de fatigue en fonction des contextes culturels ;
- soignants prenant en charge d'autres types de pathologies, par exemple en psychiatrie ou dans des établissements spécialisés où il est par exemple loisible de penser que les conduites d'agrippement, que nous avons incriminées dans la « fatigue d'envahissement », peuvent produire des effets similaires...

Nous avons en effet démontré que nos résultats ont été atteints dans un environnement spécifique, avec des limites méthodologiques importantes, et qu'ils ne peuvent en aucun cas être généralisés à d'autres environnements.

Vers la réémergence d'une science de la fatigue ?

La dernière perspective que nous appelons de nos vœux et à laquelle notre travail ouvrirait la voie serait le renouveau des études sur la fatigue.

La fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle avaient certes donné lieu à plusieurs tentatives en ce sens, notamment celles du médecin italien Angelo Mosso, dont nous n'avons eu connaissance que très tardivement au cours de notre recherche et auxquelles nous ne nous sommes donc pas référé. L'approche positiviste de Mosso butait toutefois sur les limites du modèle physiologiste dont il était issu, et prirent progressivement une tournure à la fois hygiéniste et moralisatrice prônant l'amour de la fatigue contre la dégénérescence [Saraceno, 2015]. Surtout, l'approche de Mosso s'avère historiquement, socialement et culturellement datée. Or, nous avons rappelé, avec Devereux et Lorient, que chaque civilisation, à chaque époque, tend à mettre à disposition de ses membres une ou plusieurs formes de fatigue de référence [Devereux, 1966 ; Devereux, 1971 ; Lorient, 2003 ; Lorient, 2012].

Le concept d'exhaustopoïèse, que nous avons utilisé pour décrire le processus de construction de la fatigue au sein d'un groupe professionnel (ici, chez les soignants en alzheimerologie) à des fins identitaires, à partir de matériaux partiellement intrapsychiques, nous semble pouvoir être appliqué, adapté et enrichi par l'étude d'autres groupes professionnels ou même sociaux, à diverses époques et dans divers contextes culturels.

En ce sens, nous plaçons donc pour l'émergence d'une véritable science de la fatigue — pour laquelle nous avons déjà proposé le nom d'« exhaustologie » —, ressortissant non des sciences biologiques, même si leur apport sera précieux, mais des sciences humaines et sociales, et fédérant les savoirs de disciplines aussi diverses que la psychologie, la sociologie, l'histoire, la littérature, la philosophie, l'ethnologie et l'anthropologie, les sciences des religions, etc. afin d'embrasser tout le spectre des ressentis de fatigue décrits, au fil des siècles, dans les différentes communautés humaines.

C'est à cet effort que nous entendons apporter, dans les années qui viennent, notre modeste contribution...

Références bibliographiques

- [1] Abrahamson K, Pillemer K, Sechrist J, Sutor J (2011). Does race influence conflict between nursing home staff and family members of residents? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 66(6) : 750-5.
- [2] Abrahamson K, Sutor J, Pillemer K (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families : does it increase burnout? *J Aging Health.* 21(6) : 895-912.
- [3] Åhlin J, Ericson-Lidman E, Eriksson S, Norberg A, Strandberg G (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nurs Ethics.* 20(8) : 927-42.
- [4] Åhlin J, Ericson-Lidman E, Norberg A, Strandberg G (2014). Care providers' experiences of guidelines in daily work at a municipal residential care facility for older people. *Scand J Caring Sci.* 28(2) : 355-63.
- [5] Aitken CJ, Schloss JA (1994). Occupational stress and burnout amongst staff working with people with an intellectual disability. *Behavioral Interventions.* 9 : 225-34.
- [6] Alderson M (2004). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec.* 29(1) : 261-280.
- [7] Alexander F (1948). *Principes de psychanalyse.* Paris : Payot & Rivages, coll. Petite bibliothèque Payot (rééd. 2002). 348 p.
- [8] Ancelle T (2006). *Statistique – Épidémiologie* 2^e édition. Paris : Maloine, coll. Sciences fondamentales. 300 p.
- [9] Anchisi A (2014). Le partenariat entre familles et maisons de retraite à l'entrée d'un parent âgé dément : une rencontre fictive. In : Pennec S, Le Borgne-Uguen F, Douguet F, coord. (2014). *Les Négociations du soin – Les professionnels, les malades et leurs proches.* Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social. 283 p. : 183-91.
- [10] Anderson KA (2008). Grief experiences of CNAs : relationships with burnout and turnover. *J Gerontol Nurs.* 34(1) : 42-9.

- [11] Anderson KA, Ewen HH (2011). Death in the nursing home : an examination of grief and well-being in nursing assistants. *Res Gerontol Nurs.* 4(2) : 87-93.
- [12] Anderson KA, Gaugler JE (2007). The grief experiences of certified nursing assistants : personal growth and complicated grief. *Omega (Westport).* 54(4) : 301-18.
- [13] Antonius R (2007). *Ce que doit inclure un projet de mémoire ou de thèse.* Montréal : Département de sociologie / UQAM. 8 p (consulté en ligne le 13 mai 2014 : [http : //classiques.uqac.ca/contemporains/antonius_rachad/directives_projet_these/directives_texte.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/antonius_rachad/directives_projet_these/directives_texte.html))
- [14] Antonovsky A (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 36(6) : 725–733.
- [15] Anzieu D (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de psychanalyse.* 9 : 195-208.
- [16] Anzieu D (1976). L'enveloppe sonore du Soi. In : Anzieu D, Chabert C (2007). *Psychanalyse des limites.* Paris : Dunod, coll. Psychismes. 312 p : 67-88.
- [17] Anzieu D, coord. (1977). *Psychanalyse et langage – Du corps à la parole.* Paris : Dunod, coll. Inconscient & Culture (rééd. 2003). 240 p.
- [18] Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E (2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 22 : 250-256.
- [19] Arborio AM (2012). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital.* Paris : Économica (2^e éd). 334 p.
- [20] Assoun PL (2012). *L'École de Francfort.* Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige. 144 p.
- [21] Åström S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman BI (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scand J Caring Sci.* 16(1) : 66-72.
- [22] Åström S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Savemann B (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scand J Caring Sci.* 18 : 410-6.
- [23] Åström S, Nilsson M, Norberg A, Sandman PO, Winblad B (1991). Staff burnout in dementia care – Relations to empathy and attitudes. *Int J Nurs Studies.* 28(1) : 65-75.
- [24] Åström S, Nilsson M, Norberg A, Winblad B (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *J Adv Nurs.* 15 : 1236-44.

- [25] Aubert N, de Gaulejac V (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris : Le Seuil, coll. Économie humaine (rééd. 2007). 342 p.
- [26] Aubry F (2010). La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD. *SociologieS – Premiers textes*, mis en ligne le 27 décembre 2010. [En ligne : <http://sociologies.revues.org/index3291.html>].
- [27] Aubry F (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec, *Temporalités*, 16 (en ligne : <http://temporalites.revues.org/2237>).
- [28] Aubry F, Couturier F (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Phronesis*. 1(2) : 5-14.
- [29] Aubry F, Couturier F (2013a). L'épuisement professionnel des aides-soignantes en gériatrie en France et au Québec. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2013). *Épuisement professionnel – Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin, coll. Armand Colin Recherches. 272 p : 159-81.
- [30] Aubry F, Couturier Y (2013b). Les contraintes temporelles : un facteur de fragilisation de la santé au travail des préposés aux bénéficiaires en CHSLD. In : Tremblay DG, coord. (2013). *Temporalités sociales, temps prescrits, temps institutionnalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 294 p : 119-31.
- [31] Awa WL, Plaumann M, Walter U (2010). Burnout prevention : A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*. 78 : 184-90.
- [32] Ayalon L (2008). Subjective socioeconomic status as a predictor of long-term care staff burnout and positive caregiving experiences. *Int Psychogeriatr*. 20(3) : 521-37.
- [33] Baillon S, Scothern G, Neville PG, Boyle A (1996). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 11 : 219-26.
- [34] Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB (2003). The socially induced burnout model. In : Shohov SP, coord. (2003). *Advances in Psychology Research*, Vol. 25. New York : Nova Science Publishers : 13-30.
- [35] Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 51(3) : 276-87.
- [36] Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W (2001). Burnout contagion among general practitioners. *J Soc Clin Psychol*. 20(1) : 82-98.

- [37] Baldelli MV, Fabbo A, Costopulos C, Carbone G, Gatti R, Zucchi P (2004). Is it possible de reduce job burnout of the health care staff working with demented patients? *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Suppl. 9 : 51-6.
- [38] Ballard C, Lowery K, Powell I, O'Brien J, James I (2000). Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. *International Psychogeriatrics*. 12(1) : 93-105.
- [39] Bandura A (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 84(2) : 191-215.
- [40] Barber CE, Iwai M (1996). Role conflict and role ambiguity as predictors of burnout among staff caring for elderly dementia patients. *J Gerontol Soc Work*. 26(1-2) : 101-16.
- [41] Barbosa A, Sousa LX, Nolan M, Figueiredo D (2014). Effects of person-centered approaches to dementia care on staff : a systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2014 Jan 20. [Epub ahead of print].
- [42] Belorgey N (2010). *L'Hôpital sous pression – Enquête sur le nouveau management public*. Paris : La Découverte, coll. Textes à l'appui / Enquêtes de terrain. 300 p.
- [43] Berg A, Hallberg IR, Norberg A (1998). Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *Int J Nurs Stud*. 35(5) : 271-82.
- [44] Bergeret J (1995). L'« analité » et la maîtrise. *Revue française de psychanalyse*. LIX(3) : 659-82.
- [45] Blanchet A, Gotman A (2010). *L'Entretien*, 2^e édition. Paris : Armand Colin, coll. 128. 128 p.
- [46] Blanpain N, Chardon O (2010). Projections de population à l'horizon 2060 – Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *INSEE Première*. 1320 : 1-4.
- [47] Boisguérin B, Minodier C, coord. (2012). *Le Panorama des établissements de santé – Édition 2012*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des Affaires sociales et de la Santé, coll. 144tudes et statistiques. 176 p.
- [48] Bokanowski T (1999). Les enjeux de la passivité chez l'homme. *Revue française de psychanalyse*. LXIII(5) : 1571-6.
- [49] Borteyrou X, Paillard E (2014). Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gériopsychiatrie. *NPG - Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. [e-pub] DOI : 10.1016/j.npg.2014.03.007.

- [50] Brenninkmeijer V, Van Yperen N (2003). How to conduct research on burnout : advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med.* 60(Suppl 1) : i16-20.
- [51] Brenninkmeijer V, VanYperen N (2003). How to conduct research on burnout : advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med.* 60 Suppl 1 : i16-20.
- [52] Brodaty H, Draper B, Low LF (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work. *J Adv Nurs.* 44(6) : 583-590.
- [53] Bruchon-Schweitzer M, Rascle N, Quintard B, Cousson F, Aguerre C (1997). Stress professionnel et santé. *Cahiers internationaux de psychologie sociale.* 31(1) : 61-74.
- [54] Burisch M (2010). *Das Burnout Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung*, 4^eédition. Berlin/Heidelberg : Springer. 330 p.
- [55] Buscatto M, Loriot M, Weller JM, coord. (2008). *Au delà du stress au travail – Une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Toulouse : Erès, coll. Clinique du travail. 282 p.
- [56] Bužgová R, Ivanová K (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nurs Ethics.* 18(1) : 64-78.
- [57] Caleca C (2006). Cri, langage, affect : modalités dans le grand âge. *L'Information psychiatrique.* 82(5) : 389-96.
- [58] Cannon WB (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American J Med Sci.* 189(1) : 13-14.
- [59] Castarède MF (2005). Avant-propos. In : Castarède MF, Konopczynski G, coord. (2005). *Au commencement était la voix*. Toulouse : Erès, coll. La Vie de l'enfant. 256 p : 27-32.
- [60] Chao SF, McCallion P, Nickle T (2011). Factorial validity and consistency of the Maslach Burnout Inventory among staff working with persons with intellectual disability and dementia. *J Intellect Disabil Res.* 55(5) : 529-36.
- [61] Chappell NL, Novak M (1994). Caring for institutionalized elders : stress among nursing assistants. *J Appl Gerontol.* 13(3) : 299-315.
- [62] Childress JF (1979). Appeals to conscience. *Ethics.* 89 : 315-35.
- [63] Chrétien JL (1996). *De la fatigue*. Paris : Éditions de Minuit, coll. Philosophie. 167 p.
- [64] Ciccone A (2003). De l'identification à l'empiétement dans l'expérience de l'intime. *Le Divan familial.* 11(2) : 39-52.

- [65] Ciccone A (2012). *La Transmission psychique inconsciente – Identification projective et fantasme de transmission*. Paris : Dunod (2^e éd.), coll. Psychismes. 264 p.
- [66] Clot Y (1999). *La Fonction psychologique du travail*. Paris : Presses universitaires de France (réédition 2006), coll. Le Travail humain. 256 p.
- [67] Clot Y (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Le Travail humain. 312 p.
- [68] Clot Y (2010). *Le Travail à cœur – Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte, coll. Cahiers libres. 192 p.
- [69] Cocco E (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 29(6) : 66-71.
- [70] Cocco E, Gatti M, de Mendonça Lima CA, Camus V (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Int J Geriatr Psychiatry*. 18(1) : 78-85.
- [71] Cohen M, Shinan-Altman S (2011). A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 23(8) : 1213-21.
- [72] Cohen SP (2007). Compassion fatigue and the veterinary health team. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*. 37(1) : 123-34 (abstract ix).
- [73] Daloz L, Bénony H, Frénisy MC, Chahraoui K (2005). Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Ann Med Psychol*. 163 : 156-60.
- [74] Day JR, Anderson RA, Davis LL (2014). Compassion fatigue in adult daughter caregivers of a parent with dementia. *Issues Ment Health Nurs*. 35(10) : 796-804.
- [75] de Gaulejac V (2013). Identité. In : Barus-Michel J, Enriquez E, Lévy A, coord. (2013). *Vocabulaire de psychosociologie – Positions et références*, 2^e édition. Toulouse : Erès. 640 p : 176-82.
- [76] de Parseval C (2007). De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-Héron*. 189 : 122-41.
- [77] De Rooij AH, Luijkx KG, Declercq AG, Emmerink PM, Schols JM (2012). Professional caregivers' mental health problems and burnout in small-scale and traditional long term care settings for elderly people with dementia in the Netherlands and Belgium. *J Am Med Dir Assoc*. 13(5) : 486.e7-11.

- [78] de Singly F (2005). *Le questionnaire*, 2^e édition. Paris : Armand Colin, coll. 128 / L'enquête et ses méthodes. 128 p.
- [79] De Soir E (2010). *Gérer le trauma un combat quotidien*. Bruxelles : De Boeck. 272 p.
- [80] Dejours C (1993). *Travail : usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard (réédition 2008). 294 p.
- [81] Dejours C (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Travailler*. 11 : 25-40.
- [82] Dejours C, Gernet I (2012). *Psychopathologie du travail*. Issy les Moulineaux : Elsevier-Masson, coll. Les Âges de la vie. 155 p.
- [83] Denzin NK (1978). *The Research Act : A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, 2^e édition. New York : McGraw-Hill. 370 p.
- [84] Devereux G (1963). Le diagnostic en psychiatrie primitive : théorie générale du diagnostic. *In : Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard, coll. Tel. 394 p. : 286-316.
- [85] Devereux G (1966). Réflexions ethno-psychanalytiques sur la fatigue névrotique. *In : Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard, coll. Tel. 394 p. : 275-82.
- [86] Devereux G (1971). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard, coll. Bibliothèque des sciences humaines. 397 p.
- [87] Dilthey W (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie – Sitzungsberichte der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften zu Berlin* (trad. fr. M. Remy, in : *Le Monde de l'esprit*, tome I. Paris : Aubier, 1947, p. 145-245).
- [88] Dion G, Tessier R (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci*. 26 : 210-27.
- [89] Dodson L, Zinbarg RM (2007). "It's like family" : caring labor, exploitation, and race in nursing homes. *Gender & Society*. 21 : 905-28.
- [90] Doniol-Shaw G (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*. 22 : 27-42.
- [91] Duffy B, Oyebode J, Allen J (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia – The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*. 8(4) : 515-41.
- [92] Duquette A, Kérouac S, Sandhu BK, Saulnier P, Lachance L (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*. XXII(2) : 257-78.

- [93] Durand-Gassel JM (2012). *L'École de Francfort*. Paris : Gallimard, coll. Tel. 568 p.
- [94] Edberg AK, Bird M, Richards DA, Woods R, Keeley P, Davis-Quarrell V (2008). Strain in nursing care of people with dementia : nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. 45. *Aging Ment Health*. 12(2) : 236-43.
- [95] Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease : current status and ways forward. *Lancet Neurol*. 7 : 362-7.
- [96] Ehrenberg A (2000). *La Fatigue d'être soi — Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, coll. Poches Odile Jacob. 414 p.
- [97] Ericson-Lidman E, Larsson LL, Norberg A (2014). Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD. *Scand J Caring Sci*. 28(2) : 337-46.
- [98] Ericson-Lidman E, Norberg A, Persson B, Strandberg G (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scand J Caring Sci*. 27(2) : 215-23.
- [99] Ericson-Lidman E, Strandberg G (2013a). Dealing with troubled conscience in municipal care of older people. *Nurs Ethics*. 20(3) : 300-11.
- [100] Ericson-Lidman E, Strandberg G (2013b). Learning to constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of not providing sufficient activities for residents. *Clin Nurs Res*. 2013 Sep 9. [Epub ahead of print]
- [101] Ericson-Lidman E, Strandberg G (2014). Learning to deal constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of deficient teamwork in residential care of older people - A participatory action research study. *Scand J Caring Sci*. 2014 May 28. doi : 10.1111/scs.12152. [Epub ahead of print]
- [102] Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J (1991) Resident behaviour and staff distress in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 39 : 792-8.
- [103] Evers W, Tomic W, Brouwers A (2002). Aggressive behavior and burnout among staff of homes for the elderly. *Int J Ment Health Nurs*. 11(1) : 2-9.
- [104] Ferenczi S (1914). Ontogenèse de l'intérêt pour l'argent. In : *Psychanalyse II*. Paris : Payot & Rivages, coll. Sciences de l'homme (rééd. 1990). 368 p.
- [105] Ferenczi S (1923). Le rêve du nourrisson savant (trad. fr. Judith Dupont et Myriam Viliker. In : *Psychanalyse III – Œuvres complètes 1919-1926*. Paris : Payot & Rivages, coll. Sciences de l'homme Payot (1990). 456 p.)

- [106] Ferri C, Prince M, Brayne C et al. (2006). Global prevalence of dementia : a Delphi consensus study. *Lancet*. 366 : 2112–7.
- [107] Figley CR (1995). *Compassion Fatigue – Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York : Routledge/Psychology Press. 268 p.
- [108] Figley CR (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York : Routledge, coll. Psychosocial Stress Series. 236 p.
- [109] Flannelly KJ, Roberts SB, Weaver AJ (2005). Correlates of compassion fatigue and burnout in chaplains and other clergy who responded to the September 11th attacks in New York City. *J Pastoral Care Counsel*. 59(3) : 213-24.
- [110] Forthomme B (2000). *De l'acédie monastique à l'anxio-dépression – Histoire philosophique de la transformation d'un vice en pathologie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 630 p.
- [111] Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*. 10 : 51.
- [112] Frazer JG (1890). *The Golden Bough : A Study in Magic and Religion*. New York/Londres : McMillan.
- [113] Freud S (1895). *Studien über Hysterie* (trad. fr.. par Anne Berman, *Études sur l'hystérie*. Paris : Presses universitaires de France (15^e éd., 2002). 272 p).
- [114] Freud S (1913). *Totem und Tabu – Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*. Leipzig/Wien : Hugo Heller & Cie (trad. fr. *Totem et tabou*. Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque Payot. 2001. 240 p).
- [115] Freud S (1914). *Zur Einführung des Narzissmus* (trad. fr. Olivier Mannoni. *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque Payot, rééd. 2012. 156 p).
- [116] Freud S (1915). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (trad. fr. *Trois Essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige / Grands textes, 2010).
- [117] Freud S (1919). Ein Kind wird geschlagen (trad.fr. Jean Laplanche. « Un enfant est battu ». Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles. In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Bibliothèque de psychanalyse (13^e éd., 2010). 320 p.).

- [118] Freud S (1923). « Psychoanalyse » und « Theorie der Libido » (trad.fr. « Psychanalyse » et « théorie de la libido ». In : *Œuvres complètes – Psychanalyse*. Vol. XVI : 1921-1923. Paris : Presses universitaires de France (3^e éd., 2010). 432 p.).
- [119] Freud S (1923). *Das Ich und das Es*. Leipzig/Wien/Zürich : Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. fr. J. Laplanche, *Le Moi et le Ça*. Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque Payot. 2010. 128 p).
- [120] Freud S (1927). Fetischismus (trad.fr. Le fétichisme. In : • *Œuvres complètes – Psychanalyse*. Vol. XVIII : 1926-1930. Paris : Presses universitaires de France (2^e éd. 2002). 416 p.).
- [121] Freud S (1938). Die Ichspaltung in Abwehrvorgang (trad. fr. Le clivage du moi dans le processus de défense. In : *Résultats, idées, problèmes*. Vol. II : 1921-1938. Paris : Presses universitaires de France (6^e éd., 1998). 304 p.).
- [122] Freud S (1939). *Der Mann Moses und die monotheistische Religion – Drei Abhandlungen*. Amsterdam : Allert de Lange (trad.fr. JP Lefebvre, *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris : Le Seuil, coll. Points Essais. 2012. 279 p).
- [123] Friedemann ML, Buckwalter KC, Newman FL, Mauro AC (2013). Patterns of caregiving of Cuban, other Hispanic, Caribbean Black, and White elders in South Florida. *J Cross Cult Gerontol*. 28 : 137-52.
- [124] Friedman G (1956). *Le Travail en miettes – Spécialisation et loisirs*. Paris : Gallimard, coll. Idées / NRF.
- [125] Friedman M, Rosenman RH (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Med Assoc*. 169 : 1286-96.
- [126] Fritsch T, Kwak J, Grant S, Lang J, Montgomery RR, Basting AD (2009). Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *Gerontologist*. 49 : 117-27.
- [127] Galam E (2005). Stress professionnel des médecins. *Rev Prat – Médecine générale*. 704/705 : 1097-8.
- [128] Galam E (2012). *L'Erreur médicale, le burnout et le soignant – De la seconde victime au premier acteur*. Paris : Springer, coll. Progrès en sécurité des soins. 328 p.
- [129] Galipeau SA (2001). Perversions in the Temenos. *Journal of Jungian Theory and Practice*. 3 : 5-17.

- [130] Gandoy-Crego M, Clemente M, Mayán-Santos JM, Espinosa P (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch Gerontol Geriatr.* 48(2) : 246-9.
- [131] García Sánchez AS, Espinosa Muñoz Edel C, Jiménez Jiménez MDC, González Galán MB, Soto Ayuso PM, Rodríguez-Barbero AM (2012). Síndrome de burnout en el personal sanitario de una residencia asistida de mayores. *Rev Enferm.* 35(10) : 16-22.
- [132] Gates D, Fitzwater E, Succop P (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues Ment Health Nurs.* 24(8) : 775-93.
- [133] Gates D, Fitzwater E, Succop P (2005). Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs Res.* 54(2) : 119-27.
- [134] Gates D, Fitzwater E, Telintelo S, Succop P, Sommers MS (2004). Preventing assaults by nursing home residents : nursing assistants' knowledge and confidence-a pilot study. *J Am Med Dir Assoc.* 5(2 Suppl) : S16-21.
- [135] Gates DM, Fitzwater E, Meyer U (1999). Violence against caregivers in nursing homes. Expected, tolerated, and accepted. *J Gerontol Nurs.* 25(4) : 12-22.
- [136] Gernet I, Chekroun F (2008). Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées. *Travailler.* 20 : 4-59.
- [137] Giauque D (2014). Nouveau management public. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux.* Paris : Le Seuil. 888 p. : 507-11.
- [138] Giauque D, Resenterra F, Siggen M (2013). Stress et satisfaction au travail des cadres intermédiaires dans les hôpitaux de Suisse romande dans un contexte de réformes. *@GRH.* 9 : 123-55.
- [139] Gibowski C (2012). Vécu institutionnel en EHPAD : une place pour chacun, chacun à sa place. *Cliniques – Paroles de praticiens en institution.* 3 : 85-95.
- [140] Gil-Monte P, Moreno B, Neveu JP (2006). Violences et épuisement professionnel. In : El Akremi A, Guerrero S, Neveu JP, coord. (2006). *Comportement organisationnel – Volume 2, « Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel ».* Bruxelles : DeBoeck, coll. Méthodes & Recherches. 368 p : 265-88.
- [141] Glasberg AL, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Söderberg A, Sørli V, Norberg A (2006). Development and initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nurs Ethics.* 13(6) : 633-48.
- [142] Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *J Adv Nurs.* 57(4) : 392-403.

- [143] Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A (2008). Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scand J CaringSci*. 22(2) : 249-58. .
- [144] Glasberg AL, Norberg A, Söderberg A (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *J Adv Nurs*. 60(1) : 10-9.
- [145] Glaser BG, Strauss AL (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Piscataway : Transaction Publishers (trad. fr. Marc-Henry Soulet et Kerraly Œuvray, *La Découverte de la théorie ancrée*. Paris : Armand Colin, 2009).
- [146] Goldberg LR (1990). An alternative" description of personality" : the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59(6) : 1216-29.
- [147] Gollac M, Bodier M, coord. (2011). *Mesurer les facteurs de risque psychosociaux au travail pour les maîtriser – Rapport du Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l’Emploi et de la Santé. 223 p.
- [148] González-Morales MG, Peiró JM, Rodríguez I, Bliese PD (2012). Perceived collective burnout : a multilevel explanation of burnout. *Anxiety Stress Coping*. 25(1) : 43-61.
- [149] Gori R (1975). Les murailles sonores. *L’Évolution psychiatrique*. 40(4) : 779-803.
- [150] Gray-Stanley JA, Muramatsu N (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Res Dev Disabil*. 32(3) : 1065-74.
- [151] Gray-Toft P, Anderson JG (1981). The Nursing Scale Stress : development of an instrument. *J Behav Assessment*. 3 : 11-23.
- [152] Green A (1969). Le narcissisme moral. In : Green A (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit, coll. Reprise (rééd. 2007). 315 p : 197-231.
- [153] Green A (1974). La sexualisation et son économie. In : Green A (1995). *Propédeutique – La Métapsychologie revisitée*. Paris : Champ Vallon, coll. L’Or d’Atalante. 320 p.
- [154] Green A (1980). Passions et destins des passions. In : Green A (1990). *La Folie privée – Psychanalyse des cas-limites*. Paris : Gallimard, coll. Folios Essais. 494 p : 165-225.
- [155] Green A (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*. LXIII(5) : 1587-600.
- [156] Grunberger B (1971). *Le Narcissisme – Essai de psychanalyse*. Paris : Payot & Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot (rééd. 2003). 348 p.
- [157] Guéguen H, Malochet G (2012). *Les Théories de la reconnaissance*. Paris : La Découverte, coll. Repères. 126 p.

- [158] Hakanen JJ, Perhoniemi R, Bakker AB (2014). Crossover of exhaustion between dentists and dental nurses. *Stress Health*. 30(2) : 110-21.
- [159] Hare J, Pratt CC, Andrews D (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *Int J Nurs Stud*. 25(2) : 105-15.
- [160] Hatfield E, Cacciopo JT, Rapson RL (1992). Primitive emotional contagion, emotions and social behavior. In : Clark MS, coord. (1992). *Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 14. Newbury Park : Sage : 151-77.
- [161] Hauer K, Dutzi I, Schwenk M (2014). Effekte des kognitiven Status auf das Therapieangebot bei Patienten mit kognitiver Schädigung in der geriatrischen Rehabilitation. In : Buschmann-Steinhage R, Haaf HG, Koch U (2014). 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium / Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Karlsruhe, 10-12 mars 2014.
- [162] Hobfoll SE (1989). Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 44 : 513-24.
- [163] Hobfoll SE, Freddy J (1993). Conservation of resources : A general stress theory applied to burnout. In : WB Schaufeli, C Maslach, T Marek, coord. *Professional Burnout*. Washington : Taylor & Francis. 299 p.
- [164] Honneth A (1992). *Kampf um Anerkennung – Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt am Main : Suhrkamp (trad. fr. Pierre Rusch. *La Lutte pour la reconnaissance*. Paris : Le Cerf, 2000. 240 p).
- [165] Honneth A (2008). *La Société du mépris – Vers une nouvelle Théorie critique*. Paris : La Découverte, coll. La Découverte / Poches. 348 p.
- [166] Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*. 11 : 240.
- [167] Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Smythe WE, Malloy DC, Kaasalainen S, Williams J (2013). The Personhood in Dementia Questionnaire (PDQ) : establishing an association between beliefs about personhood and health providers' approaches to person-centred care. *J Aging Stud*. 27(3) : 276-87.
- [168] Hussein A (2009). The use of triangulation in social sciences research : can qualitative and quantitative methods be combined? *J Comp Soc Work*. 1 : 1-12
- [169] Ibert J, Baumard P, Donada C, XuerebJM (1999). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In : Thiétart RA, coord. (1999). *Méthodologie de la recherche en gestion*. Paris : Nathan.

- [170] Ingwiller S, Molinier P (2010). « On ne va pas prendre les patients en otage... » – Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gériatrie. *Travailler*. 23 : 59-75.
- [171] Innes A (1998). Behind labels : what makes behaviour "difficult"? *Journal of Dementia Care*. 6(5) : 22-5.
- [172] International Statistical Institute (2010). *Declaration on professional ethics*. La Haye (Pays-Bas) : International Statistical Institute. 8 p. (consulté le 27 octobre 2013 : <http://www.isi-web.org/images/about/Declaration-EN2010.pdf>)
- [173] Isaksson U (2013). Exposure to challenging behaviour from nursing home residents is associated with reduced general health and work ability, and increased burnout reported by nurses. *Evid Based Nurs*. 16(4) : 124-5.
- [174] Isaksson U, Åström S, Graneheim UH (2008). Violence in nursing homes : perceptions of female caregivers. *J Clin Nurs*. 17(12) : 1660-6.
- [175] Isaksson U, Åström S, Graneheim UH (2013). Being flexible and tuning in : professional caregivers' reflections on management of violent behaviour in nursing homes. *Int J Older People Nurs*. 8(4) : 290-8.
- [176] Isaksson U, Graneheim UH, Åström S, Karlsson S (2011). Physically violent behaviour in dementia care : Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging Ment Health*. 15(5) : 573-9.
- [177] Isaksson U, Hällgren Graneheim U, Richter J, Eisemann M, Åström S (2008). Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes : a case-control study. *Scand J Caring Sci*. 22 : 551-9.
- [178] Jameton A (1993). Dilemmas of moral distress : moral responsibility and nursing practice. *Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing – Clinical Issues*. 4 : 542-51.
- [179] Jameton A. (1984). *Nursing Practice : The Ethical Issues*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- [180] Jeanclaude C (2010). *Freud et son héritage – Rappel des fondamentaux freudiens de la psychanalyse comme discipline indépendante*. Bruxelles : DeBoeck, coll. Oxalis. 288 p.
- [181] Jenkins H, Allen C (1998). The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 13 : 466-72.
- [182] Jenull B, Brunner E, Mayr M (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegerkräfte. *Pflege*. 21 : 16-24.

- [183] Jeon YH, Luscombe G, Chenoweth L, Stein-Parbury J, Brodaty H, King M, Haas M (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) : a cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud.* 49(5) : 508-18.
- [184] Joinson C (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 22(4) : 116-20.
- [185] Jones C, Moyle W, Stockwell-Smith G (2013). Caring for older people with dementia : an exploratory study of staff knowledge and perception of training in three Australian dementia care facilities. *Australas J Ageing.* 32(1) : 52-5.
- [186] Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K (2007). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics.* 14(3) : 329-43.
- [187] Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K (2008). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *J Clin Nurs.* 17 : 1897-1906.
- [188] Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *J Adv Nurs.* 66(8) : 1708-18.
- [189] Juthberg C, Sundin K (2010). Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care– A phenomenological hermeneutic study. *Int J Nurs Stud.* 47 : 20-9.
- [190] Kahneman D (1973). *Attention and Effort.* Englewood Cliffs : Prentice Hall. 253 p.
- [191] Karasek R (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly.* 24 : 285-308.
- [192] Karlin NJ, Eguigure A, Torres A (2009). Hispanic family members and caring for those with Alzheimer's disease. *Alzheimer's Care Today.* 10(4) : 189-201.
- [193] Kaufmann JC (2011). *L'Entretien compréhensif*, 3^e édition. Paris : Armand Colin, coll. 128. 128 p
- [194] Kavanaugh RE (1976). *Facing Death.* New York : Penguin Books.
- [195] Keidel G (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care.* 19 : 200-5.
- [196] Kelly B (1998). Preserving moral integrity : a follow-up study of nurses' moral identity. *J Adv Nurs.* 28 : 1134-45.

- [197] Klein M (1946). Notes on some schizoid mechanisms (trad. fr. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : Klein M, Heimann P, Isaacs S, Rivière R. *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2013. 360 p).
- [198] Klein M (1955). On Identification (trad. fr. Victor Smirnoff, « À propos de l'identification ». In : *Envie et gratitude*. Paris : Gallimard, coll. Tel. 230 p : 141-147).
- [199] Ko A, Takasaki K, Chiba Y, Fukahori H, Igarashi A, Takai Y, Yamamoto-Mitani N (2012). Aggression exhibited by older dementia clients toward staff in Japanese long-term care. *J Elder Abuse Negl*. 24(1) : 1-16.
- [200] Kobasa SC (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 37(1) : 1-11.
- [201] Kohli M (1989). Le cours de vie comme institution sociale. In : Godard F, de Coninck F, coord. (1989). Biographie et cycle de vie. *Cahiers du CERCOM / Enquête*. 5 : 37-43 [consulté en ligne le 1^{er} septembre 2014 : [http : //enquete.revues.org/78](http://enquete.revues.org/78)].
- [202] Kouabenan DR, Cadet B, Hermand D, Muñoz Sastre MT, coord. (2006). *Psychologie du risque – Identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles : De Boeck, coll. Ouvertures psychologiques. 346 p.
- [203] Kranklader E, Minodier C, Fourcade N (2013). Établissements de santé : le personnel *soignant de plus en plus âgé*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de l'Économie et des Finances / ministère des Affaires sociales et de la Santé / ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. 6 p.
- [204] Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 19(3) : 192-207.
- [205] Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 31(6) : 438-49.
- [206] Kubicek B, Korunka C, Ulferts H (2013). Acceleration in the care of older adults : new demands as predictors of employee burnout and engagement. *J Adv Nurs*. 69(7) : 1525-38.
- [207] Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A, Åström S, Karlsson I (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *J Adv Nurs*. 19(4) : 670-9.
- [208] Kwiatkowski B (2011). Belastungssituation bei Betreuungskräften gemäß § 87b SGB XI in der stationären Altenpflege. Eine Pilotstudie mit Verlaufsmessung über sechs Monate. *Pflege*. 64(5) : 286-90.

- [209] Lacan J (1938). Les complexes familiaux. In : Lacan J (2001). *Autres écrits*. Paris : Le Seuil, coll. Champs freudien. 622 p.
- [210] Lafond C (1991). Le mythe d'Écho ou l'impossible sujet. *Rev franç psychanal*. LV(6) : 1639-44.
- [211] LaMonica EL (1981). Construct validity of en empathy instrument. *Research in Nursing and Health*. 2 : 163-76.
- [212] Langevin V, Boini S, François M, Riou A (2012). Maslach Burnout Inventory (MBI). *Références en santé au travail / INRS*. 131 : 157-9.
- [213] Langevin V, Boini S, François M, Riou A (2013). Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ (Questionnaire psychosocial de Copenhague). *Références en santé au travail / INRS*. 136 : 181-5.
- [214] Langlois L, Dupuis R, Truchon M, Marcoux M, Fillion L (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Éthique publique*. 11(2) : 20-30.
- [215] Lapane KL, Hughes CM (2007). Considering the employee point of view : perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 8(1) : 8-13.
- [216] Laplanche J, Pontalis JB (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige / Dicos Poche, 5^e éd. 523 p.
- [217] Lawson DA, O'Brien RM (1994). Behavioral and self-reported measures of staff burnout in developmental disabilities. *Journal of Organizational Behavior Management*. 14 : 37-54.
- [218] Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer. 456 p.
- [219] Lee RM (1993). *Doing research on sensitive topics*. Thousand Oaks : Sage Publications. 240 p.
- [220] Leiter MP, Maslach C (2009). Nurse turnover : the mediating role of burnout. *J Nurs Manag*. 17(3) : 331-9.
- [221] Livian YF (2014). Organisation du travail. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p. : 524-7.
- [222] Lorient M (2000). *Le Temps de la fatigue – La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : Anthropos, coll. Sociologiques. 392 p.
- [223] Lorient M (2002). « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : une approche sociohistorique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. 4(1). [http : //pistes.revues.org/3704](http://pistes.revues.org/3704).
- [224] Lorient M (2003). La construction sociale de la fatigue au travail – L'exemple du burn out des infirmières hospitalières. *Travail & Emploi*. 94 : 65-74.

- [225] Lorient M (2003a). Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *Année sociologique*. 53(2) : 459-86.
- [226] Lorient M (2012). *La Construction du social – Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le Sens social. 214 p.
- [227] Mackenzie CS, Peragine G (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 18(5) : 291-9.
- [228] Mackenzie CS, Peragine G (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 18(5) : 291-9.
- [229] Mandiracioglu A, Cam O (2006). Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occupational Medicine*. 56 : 501-3.
- [230] Martin O (2012). *L'analyse quantitative des données*, 3^e édition. Paris : Armand Colin, coll. 128 / L'enquête et ses méthodes. 128 p.
- [231] Maslach C, Jackson SE (1981). *Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey)*. Palo Alto : Consulting Psychologist Press.
- [232] Maslach C, Jackson SE (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behaviour*. 2(2) : 99-113.
- [233] Maslach C, Jackson SE (1986). *The Maslach Burnout Inventory– Manual Edition*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- [234] Maslach C, Leiter MP (1997). *The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers. 200 p.
- [235] Maslach C, Leiter MP (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 93 : 498-512.
- [236] Mauss M (1902). Esquisse d'une théorie générale de la magie. In : Mauss M. *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige (13^e édition, 2013). 540 p.
- [237] McCarron M, McCallion P, Fleming S, Bourke T (2004). *An Investigation of dependency levels of ageing persons with intellectual disabilities (ID) and the implications from a care and resource perspective*. Dublin : Trinity College Dublin.
- [238] McCarty EF, Drebing C (2002). Burden and professional caregivers – Tracking the impact. *J Nurses Staff Dev*. 18(5) : 250-7.
- [239] McCrae RR, Costa PT (1999). A five-factor theory of personality. In : Pervin LA, John OP, coord. (1999). *Handbook of Personality : Theory and Research*. New York : Guilford. : 139-53.

- [240] McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff.* 30(2) : 202-10.
- [241] McIntosh IB, Swanson V, Power KG, Rae CAL (1999). General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia. *Health Bull (Edinb)*. 57(1) : 35-43.
- [242] McKenzie GL, Teri L, Salazar MK, Farran CJ, Beck C, Paun O (2011). Relationship between system-level characteristics of assisted living facilities and the health and safety of unlicensed staff. *AAOHN J*. 59(4) : 173-80.
- [243] McPherson R, Eastley RJ, Richards H, Mian IH (1994). Psychological distress among workers caring for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 9 : 381-6.
- [244] Miller A (1981). *The Drama of the Gifted Child* (trad. fr. *Le Drame de l'enfant doué*. Paris : Presses universitaires de France, 1983).
- [245] Mitaine L, Adiceom F, Colombat P (1998). Face à la fin de vie, le syndrome d'épuisement professionnel. *Rev Prat – Médecine générale*. 12 : 22-5.
- [246] Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H (2010). Formal caregiver burden in dementia : impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *GeriatrNurs*. 31(4) : 246-53.
- [247] Moniz-Cook E, Millington D, Silver M (1997). Residential care for older people : job satisfaction and psychological health in care staff. *Health & Social Care in the Community*. 5 : 124-33.
- [248] Morano CL, King D (2005). Religiosity as a mediator of caregiver well-being : does ethnicity make a difference? *Gerontol Soc Work*. 45(1-2) : 69-84.
- [249] Moyle W, Cooke M, O'Dwyer ST, Murfield J, Johnston A, Sung B (2013). The effect of foot massage on long-term care staff working with older people with dementia : a pilot, parallel group, randomized controlled trial. *BMC Nurs*. 12 : 5. doi : 10.1186/1472-6955-12-5.
- [250] Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K (2008). Relationships among burnout, coping style and personality : study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(2) : 174-6.
- [251] Neff DF, Cimiotti JP, Heusinger AS, Aiken LH (2011). Nurse reports from the frontlines : analysis of a statewide nurse survey. *Nurs Forum*. 46(1) : 4-10.

- [252] Neveu JP (2012). Pour repenser la relation travail-santé psychologique : la théorie de la préservation des ressources. In : Abord de Chatillon E, Bachelard O et Carpentier S, coord. (2012). *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*. Paris : Vuibert / AGRH, coll. Recherche. 368 p. : 79-87.
- [253] Nienhaus A, Westermann C, Kuhnert S (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie– Ein Review zur Prävalenz. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 55 (2) : 211-222
- [254] Nordam A, Torjuul K, Sørli V (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *J Clin Nurs*. 14(10) : 1248-56.
- [255] Novak M, Chappell NL (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *Int J Aging Hum Dev*. 39(2) : 105-20.
- [256] Observatoire national de la fin de vie (2013). *La fin de vie en EHPAD – Premiers résultats d’une étude nationale*. Paris : 4 p.
- [257] Office parlementaire d’évaluation des politiques de santé (2005). *Rapport sur la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées*. Paris : La Documentation française. 256 p.
- [258] Olivier de Sardan JP (2008). *La Rigueur du qualitatif – Les contraintes empiriques de l’interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant, coll. Anthropologie prospective. 365 p.
- [259] Orrung Wallin A, Edberg AK, Jakobsson U (2013). Psychometric properties concerning four instruments measuring job satisfaction, strain, and stress of conscience in a residential care context. *Arch Gerontol Geriatr*. 57 : 162-71.
- [260] Orrung Wallin A, Jakobsson U, Edberg AK (2013). Job strain and stress of conscience among nurse assistants working in residential care. *J Nurs Manag*. doi : 10. 1111/jonm. 12145. [Epub ahead of print]
- [261] Paillé P (2007). Les relations entre le soutien organisationnel perçu, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l’intention de quitter l’organisation. *Bull Psychol*. 490 : 349-55.
- [262] Paillé P, Mucchielli A (2012). *L’Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^e édition. Paris : Armand Colin, coll. U. 415 p.
- [263] Passalacqua SA, Harwood J (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: an intervention to increase person-centered dementia care. *Clin Gerontologist*. 35(5) : 425-45.
- [264] Peretti-Watel P (2000). *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin, coll. U. 286 p.

- [265] Perrin-Haynes J (2010). *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées – Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, série Statistiques, document de travail n° 142. 160 p.
- [266] Pervin LA, John OP (2005). *La personnalité – De la théorie à la recherche*. Bruxelles : DeBoeck Supérieur, coll. Ouvertures psychologiques. 549 p.
- [267] Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang PC, Kershek S, Scherr C, Ogi M, Pincon D (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying.. *Int J Palliat Nurs*. 16(9) : 432-8.
- [268] Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang PC, Kershek S, Scherr C, Ogi M, Pincon D (2010a). What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *Int J Palliat Nurs*. 16(4) : 181-7.
- [269] Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang PC, Kershek S, Scherr C, Ogi M, Pincon D (2010b). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *Int J Palliat Nurs*. 16(9) : 432-8.
- [270] Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ (2012). End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc*. 13(1) : 80. e7-13. .
- [271] Pines A, Aronson E (1988). *Career Burnout : Causes and Cures*, 2^e édition. New York : Free Press. 257 p.
- [272] Pines A, Aronson E, Kafry D (1981). *Burnout : From Tedium to Personal Growth*. New York : Free Press.
- [273] Pitfield C, Shahriyarmolki K, Livingston G (2011). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *Int Psychogeriatr*. 23(1) : 4-9.
- [274] Porte P, Lahmi K, Auque JM, Carnet Y, Galliou A, Preux PM, Labourdette M, Zawieja P, Métais P (2012). Screening of patients with cognitive impairment when entering a rehabilitation unit. *Geriatr Gerontol Int*. 12(1) : 23-9.
- [275] Price DM, Murphy PA (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*. 8 : 47-58.
- [276] Price DM, Murphy PA (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*. 8 : 47-58.

- [277] Pruyser PW (1984). Existential impact of professional exposure to life-threatening or terminal illness. *Bull Menninger Clin.* 48(4) : 357-67.
- [278] Rafnsdottir GL, Gunnarsdottir HK, Tomasson K (2004). Work organization, well-being and health in geriatric care. *Work.* 22(1) : 49-55.
- [279] Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF (2003). Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid. *Rev Neurol (Paris).* 159(4) : 405-11.
- [280] Renault E (2008). *Souffrances sociales – Philosophie, psychologie et politique.* Paris : La Découverte, coll. Armillaire. 404 p.
- [281] Rhéaume J; Maranda MF, Saint-Jean M (2000). Réorganisation du travail et action syndicale : défis et paradoxes. In : Carpetier-Roy MC, Vézina M, coord. (2000). *Le Travail et ses malentendus – Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec.* Québec : Presses de l'Université Laval. 155 p. : 53-80.
- [282] Richard D (2012). *Management des risques psychosociaux : une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion.* Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble. 526 p.
- [283] Richardson B, Kitchen G, Livingston G (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse : a randomized trial. *Age and Ageing.* 31 : 335-41.
- [284] Richter J, Aström S, Isaksson U (2012). Personality characteristics of staff in elderly care-a cross-cultural comparison. *Issues Ment Health Nurs.* 33(2) : 96-100.
- [285] Robison J, Curry L, Gruman C, Porter M, Henderson CR Jr, Pillemer K (2007). Partners in Caregiving in a Special Care Environment : cooperative communication between staff and families on dementia units. *Gerontologist.* 47(4) : 504-15.
- [286] Rodwell J, Demir D (2014). Addressing workplace violence among nurses who care for the elderly. *J Nurs Adm.* 44(3) : 152-7.
- [287] Rogez I, coord. (2009). *Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention.* Lille : ARACT Nord-Pas-de-Calais. 24 p.
- [288] Rosa H (2014a). Accélération. In : Zawieja P, Guarnieri F (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux.* Paris : Le Seuil. 888 p : 14-5.

- [289] Rosa H (2014b). From work-life to work-age balance? Acceleration, alienation and appropriation at the workplace. In : Korunka C, Hoonakker P, coord. (2014). *The Impact of ICT on Quality of Working Life*. New York/Amsterdam : Springer Publishers. 230 p.
- [290] Rosa H. (2010). *Accélération – Une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte, coll. Théorie critique.
- [291] Rosa H. (2012). *Aliénation et accélération – Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La Découverte, coll. Théorie critique.
- [292] Rotter J (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 80(1) : 1-28.
- [293] Roussillon R (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige (rééd. 2012). 252 p.
- [294] Roussillon R (2000). Trois repères pour penser les rapports psychanalyse/psychothérapie. *Revue belge de psychanalyse.* 36 : 3-12.
- [295] Roussillon R (2005). Psychothérapie psychodynamique : quelques principes et analyseurs. In : Richard F, coord. (2005). *Le Travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris : Dunod, coll. Inconscient & Culture (rééd. 2012). 278 p : 141-65.
- [296] Roux A (2014). Exigences émotionnelles au travail. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p : 302-3.
- [297] Rozin P, Nemeroff C, Wane M, Sherrod A (1989). Operations of the sympathetic magical law of contagion in interpersonal attitudes among Americans. *Bull Psychonomic Soc.* 27 : 367-70.
- [298] Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in care workers. *Scand J Work Environ Health.* 34(3) : 169-78.
- [299] Sandor-Buthaud M (2009). Donner la parole à Écho. *Cahiers jungiens de psychanalyse.* 128 : 93-100.
- [300] Saraceno M (2015). Mosso (Angelo). In : Zawieja P, coord. (2015). *Dictionnaire de la fatigue*. Genève : Droz (à paraître).
- [301] Sassi N, Neveu JP (2013). L'agressivité au travail comme conséquence du burn out : un modèle théorique. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2013). *Épuisement professionnel – Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin, coll. Armand Colin Recherches. 272 p : 35-57.

- [302] Sauvagnat F, Vinet-Couchevellou M (2010). Démence ou inhibition psychotique ? *Sigma*. 4 : 77-99.
- [303] Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system : a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2 : e001420.
- [304] Scharlach AE, Giunta N, Chow JC, Lehning A (2008). Racial and ethnic variations in caregiver service use. *J Ageing Health*. 20(3) : 326-46.
- [305] Schaufeli WB, Enzmann D (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice : A Critical Analysis*. London : Taylor & Francis. 224 p.
- [306] Schaufeli WB, Van Dierendonck D (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*. 76 : 1083-90.
- [307] Schmidt KH (2010). The relation of goal incongruence and self-control demands to indicators of job strain among elderly care nursing staff : A cross-sectional survey study combined with longitudinally assessed absence measures. *Int J Nurs Stud*. 47(7) : 855-63.
- [308] Schmidt SG, Dichter MN, Bartholomeyczik S, Hasselhorn HM (2013). The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses : A longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatr Nurs*. pii : S0197-4572(13)00319-4. doi : 10.1016/j.gerinurse.2013.09.006. [Epub ahead of print]
- [309] Schmidt SG, Dichter MN, Palm R, Hasselhorn HM (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents - evidence from German nursing homes. *J Clin Nurs*. 21(21-22) : 3134-42.
- [310] Schrijnemaekers VJ, Van Rossum E, Candel MJ, Frederiks CM, Derix MM, Sielhorst H, van den Brandt PA (2003). Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 58(1) : S50-7.
- [311] Searles H (1959). *The Effort to Drive the Other Person Crazy* (trad.fr. Pierre Fédida et Brigitte Bost. *L'Effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard / Folio Essais (rééd. 2003). 720 p.
- [312] Selye H (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*. 138 : 32.
- [313] Shinan-Altman S, Cohen M (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes : the effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*. 49(5) : 674-84.
- [314] Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1 : 27-41.

- [315] Simmel G (1892). *Die Probleme der Geschichtsphilosophie – Eine erkenntnistheoretische Studie*. Munich/Leipzig : von Duncker & Humblot. 229 p. (trad. fr. Raymond Boudon, *Les Problèmes de la philosophie de l'histoire*. Paris : Presses universitaires de France, 1984).
- [316] Skirrow P, Hatton C (2007). 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities : a systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 20 : 131-44.
- [317] Smythe A, Bentham P, Jenkins C, Oyeboode JR (2013). The experiences of staff in a specialist mental health service in relation to development of skills for the provision of person centred care for people with dementia. *Dementia (London)*. 2013 Jul 8. [Epub ahead of print]
- [318] Snowdon J, Miller R, Vaughan R (1996). Behavioural problems in Sydney nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 11 : 535-41.
- [319] Stamm BH (2005). *The ProQOL manual : The professional quality of life scale : Compassion fatigue, burnout and compassion fatigue/traumatic scale*. Baltimore : Sidran Press.
- [320] Stebnicki MA (2008). *Empathy Fatigue – Healing the Mind, Body, and Spirit of Professional Counselors*. New York : Springer Publishing. 256 p.
- [321] Stockwell-Smith G; Jones CJ, Moyle W (2011). "You've got to keep account of heads all the time" : staff perceptions of caring for people within a dementia specific unit. *J Res Nurs*. 16 : 400-12.
- [322] Stone PW, Du Y, Cowell R, Amsterdam N, Helfrich TA, Linn RW, Gladstein A, Walsh M, Mojica LA (2006). Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Med Care*. 44(12) : 1099-106.
- [323] Tak S, Sweeney MH, Alterman T, Baron S, Calvert GM (2010). Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes : a multilevel analysis. *Am J Public Health*. 100(10) : 1938-45.
- [324] te Boekhorst S, Willemse B, Depla MFIA, Eefsting JA, Pot AM (2008). Working in group living homes for older people with dementia : the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *Int Psychogeriatr*. 20(5) : 927-40.
- [325] Tehrani N (2010). Compassion fatigue : experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med (Lond)*. 60(2) : 133-8.
- [326] Thomas P, Bilon R, Chaumier JA, Barruche G, Hazif-Thomas C (2014). Psycho-social hazards for staff in geriatrics and geriatric psychiatry. *Open J Psychiatry*. 4 : 91-8.

- [327] Tilden VP, Thompson SA, Gajewski BJ, Bott MJ (2012). End-of-life care in nursing homes : the high cost of staff turnover. *Nurs Econ.* 30(3) : 163-6.
- [328] Todd SJ, Watts SC (2005). Staff responses to challenging behaviour shown by people with dementia : an application of an attributional-emotional model of helping behaviour. *Aging Ment Health.* 9(1) : 71-81.
- [329] Tosone C, Bettmann JE, Minami T, Jaspersen RA (2010). New York City social workers after 9/11 : their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *Int J Emerg Ment Health.* 12(2) : 103-16.
- [330] Tourangeau A, Cranley L, Spence Laschinger HK, Pachis J (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *J Nurs Manag.* 18(8) : 1060-72..
- [331] Tremblay DG (2014). *Infirmière – Vocation, engagement et parcours de vie*. Montréal : Éditions du Remue-ménage. 154 p.
- [332] Truchot D (2004). *Épuisement professionnel et burnout – Concepts, méthodes, interventions*. Paris : Dunod. 265 p.
- [333] Truchot D, Borteyrou X, Lheureux F, Rascle N (soumis). French validation of the MBI-ISS.
- [334] Truzzi A, Souza W, Bucasio E, Berger W, Figueira I, Engelhardt E, Laks J (2008). Burnout in a sample of Alzheimer's disease caregivers in Brazil. *Eur J Psychiatr.* 22(3) : 151-60.
- [335] Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Rev Bras Psiquiatr.* 34(4) : 405-12.
- [336] Tyler PA, Carroll D, Cunningham SE (1991). Stress and well-being in nurses : A comparison of the public and private sectors. *Int J Nurs Stud.* 28(2) : 125-30.
- [337] Tylor EB (1871). *Primitive Cultures : Researches into the Development of Mythology, Phisosophy, Religion, Art and Custom*. Londres : Murray.
- [338] Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E (2014). Nursing unit teams matter : Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events– A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* pii : S0020-7489(13)00387-8. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009. [Epub ahead of print]

- [339] van den Pol-Grevelink A, Jukema JS, Smits CH (2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes : a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry*. 27(3) : 219-29.
- [340] van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW (2005). The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *Int Psychogeriatr*. 17(3) : 407-27.
- [341] Vega A (1996). *L'identité des infirmières hospitalières françaises – Construction et prégnance de l'image de la femme soignante*. Thèse pour le doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie sous la direction de Marc Augé. Paris : EHESS. 538 p.
- [342] Verny M, Pariel S, Belmin J (2009). Maladies responsables de démences chez les sujets âgés. In : J. Belmin, coord. (2009). *Gériatrie*. Paris : Masson, coll. Pour le praticien : 137-45.
- [343] Vinet-Couchevellou M (2013). Décès, désobjectivisation, « démentification subjective » : confrontations à la mort et recours. In : Schepens F, coord. (2013). *Les Soignants et la mort*. Toulouse : Erès, coll. Clinique du travail. 262 p : 137-49.
- [344] Visser SM, McCabe MP, Hudgson C, Buchanan G, Davison TE, George K (2008). Managing behavioural symptoms of dementia : effectiveness of staff education and peer support. *Aging Ment Health*. 12(1) : 47-55.
- [345] Volant S (2014). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études & Résultats* n° 877. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 6 p.
- [346] Wallach E (1983). Individuals and organization : the cultural match. *Training Dev*. 12 : 28-36.
- [347] Walter U, Krugmann CS, Plaumann M (2012). Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt*. 55 : 172-82.
- [348] Watts J, Robertson N, Winter R, Leeson D (2013). Evaluation of organisational culture and nurse burnout. *Nurs Manag (Harrow)*. 20(6) : 24-9.
- [349] Weber M (1913). *Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie* (trad. fr. J. Freund, Essai sur quelques catégories de la sociologie compréhensive, in : *Essais sur la théorie de la science*. Paris : Presses Pocket, 1992).
- [350] Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff : Systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 51(1) : 63-71.

- [351] Wheeler DL, Vassar M, Worley JA, Barnes LB (2011). A reliability generalization meta-analysis of coefficient Alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational & Psychological Measurement*. 71 : 231-44.
- [352] Willemse BM, Smit D, de Lange J, Pot AM (2011). Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being : design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study. *BMC Geriatr*. 11 : 11. doi : 10.1186/1471-2318-11-11.
- [353] Wimo A, Prince M (2010). *World Alzheimer Report 2010 - The Global Economic Impact of Dementia*. Londres : Alzheimer's Disease International. 56 p.
- [354] Winnicott DW (1965). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. In : *Processus de maturation chez l'enfant – Développement affectif et environnement* (trad. fr. Jeannine Kalmanovitch. Paris : Payot & Rivages, coll. Sciences de l'homme Payot (1989). 264 p.)
- [355] Winnicott DW (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de psychanalyse*. 11 : 35-44.
- [356] Zawieja P (2014a). S'isoler pour collaborer. In : « Changer le travail ». *Sciences humaines / Grands Dossiers*. 35 : 34-36.
- [357] Zawieja P (2014b). Face à l'open space, le droit à la collaboration. *Huffington Post* (publié en ligne le 13 septembre 2014 : [http : //www.huffingtonpost.fr/philippe-zawieja/face-a-l-open-space-collaboration-cooperation_b_5804892.html](http://www.huffingtonpost.fr/philippe-zawieja/face-a-l-open-space-collaboration-cooperation_b_5804892.html)).
- [358] Zawieja P, Guarnieri F (2013). Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2013). *Épuisement professionnel – Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin, coll. Armand Colin Recherches. 272 p : 11-34.
- [359] Zawieja P, Guarnieri, coord. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p.
- [360] Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I, Halfens RJ (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *J Nurs Scholarsh*. 44(3) : 249-57.
- [361] Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers : a systematic literature review. *Geriatr Nurs*. 30(3) : 174-87.

- [362] Zimmermann S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, Sloane PD (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*. 45(1) : 96-105.
- [363] Zwijsen SA, Kabboord A, Eefsting JA, Hertogh CM, Pot AM, Gerritsen DL, Smalbrugge M (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 29(4) : 384-91.

Annexe 1

Questionnaire utilisé pour le volet quantitatif

Annexe 2

Affichette utilisée lors de la remise du questionnaire rempli



Étude Qualité de vie au travail des personnels de santé
Impact du travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Votre réponse compte !



1 Je remplis le questionnaire seul(e)
et sur mon temps de travail



2 Une fois rempli, je le glisse
dans l'enveloppe et je ferme l'enveloppe



3 Je mets l'enveloppe dans l'urne.

Merci de votre participation !

Annexe 3

Grille d'entretiens utilisée pour le volet qualitatif

1. Qu'est-ce qui vous semble le plus épanouissant dans votre travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

2. Et, au contraire, qu'est-ce qui vous épuise le plus dans votre travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Et dans ce contexte, pour vous, être épuisé(e), cela tient à quoi ?

Êtes-vous parfois épuisé(e) de cette façon à la maison, ou dans d'autres circonstances ?

3. Pour lutter contre cette fatigue, quels sont vos « trucs », vos recettes, vos astuces à vous ?

4. À votre avis, en quoi « parler travail » avec vos collègues (en réunion ou dans les pauses) peut-il permettre de vous sentir mieux au travail ?

Annexe 4

Engagement de confidentialité remis aux interviewés

	
<p style="text-align: center;"><u>ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ ABSOLUE</u></p>	
<p>Je soussigné Philippe Zawieja, chercheur associé à Mines Paris Tech, m'engage à respecter la confidentialité la plus absolue et à ne pas divulguer le contenu des entretiens individuels menés dans les établissements du Groupe ORPEA dans le cadre de l'étude intitulée « Bien-être au travail ».</p> <p>Votre identité sera connue de moi et de moi seul.</p> <p>Cet entretien doit nécessairement être enregistré et dactylographié pour les besoins de son analyse scientifique. Une copie de cette retranscription peut vous être envoyée si vous le souhaitez.</p> <p>Le contenu de cet entretien confidentiel sera ensuite analysé par un traitement automatisé qui fusionnera l'ensemble des entretiens conduits dans le Groupe ORPEA et préservera ainsi votre anonymat.</p>	
<p style="text-align: right;">Fait à Boulogne-Billancourt, le 8 janvier 2014</p> <p style="text-align: right;">Philippe Zawieja, Centre de recherche sur les risques et les crises MINES Paris Tech (Sophia Antipolis) 2b bd Voltaire 75011 Paris philippe.zawieja@mines-paristech.fr</p>	

Annexe 5

Rapport statistique



Table des matières

1.....	PRESENTATION : OBJECTIFS, METHODOLOGIE ET ECHANTILLON	294
1.1	Objectifs.....	294
1.2	Méthodologie	294
1.2.1	La partition des données en classes.	295
1.2.2	L'analyse des données : l'ACP.....	296
1.2.3	L'économétrie : les réponses quantitatives et qualitatives.	297
1.3	Caractéristiques de l'échantillon	298
2.....	LES SCORES DE MASLACH	302
2.1	Méthode de calcul des scores	302
2.2	Résultats du calcul des scores selon les deux méthodes.....	305
2.3	Description des composantes du score d'Épuisement Professionnel.....	306
2.4	Description des composantes du score de Dépersonnalisation	307
2.5	Description des composantes du score d'Accomplissement Personnel	309
3.....	LA MESURE DU <i>BURNOUT</i>	311
4.....	LES SCORES DE PERSONNALITE	314
4.1	Méthode de calcul des scores de personnalité	314
4.2	Résultats du calcul des scores de personnalité.....	319

4.3	Description des composantes du score d'Oralité.....	320
4.4	Description des composantes du score d'Analité	321
4.5	Description des composantes du score de Phallicité	322
5.....	LES ATTITUDES FACE AUX DIFFICULTES PROFESSIONNELLES	323
6.....	LES LIENS ENTRE SITUATION MATRIMONIALE ET SCORES DE MASLACH	330
7.....	LES LIENS ENTRE NOMBRE D'ENFANTS A LA MAISON ET SCORES DE MASLACH	333
8.	LE MODELE DE BASE : LE GENRE, L'AGE, LA SITUATION MATRIMONIALE ET LA PROFESSION DU REpondant	336
9.....	LE MODELE "FREUDIEN" : LES TRAITS DE CARACTERE ET LE BURNOUT	341
10.	LE MODELE "ATTITUDES" : LES COMPORTEMENTS FACE AUX PROBLEMES PROFESSIONNELS ET LE BURNOUT	342
11.....	LE MODELE "RELIGIONS" : LES RELIGIONS ET LE BURNOUT	344
12....	LE MODELE "INFORMATION" : L'IMPORTANCE DE L'INFORMATION POUR DIMINUER LES RISQUES DE BURNOUT	346
13.....	LE MODELE "CONTRAT DE TRAVAIL" ET LES RISQUES DE BURNOUT	348
14.....	LE MODELE "INSTITUTIONS" ET LES RISQUES DE BURNOUT	350

15.....	LE MODELE "ANCETRES" ET LES RISQUES DE BURNOUT	
.....		354
MIS EN GARDE SUR L'ETENDUE DES RESULTATS		357
La représentativité de l'échantillon		357
Le biais de sélection		358
La non-réponse partielle ... ou le burnout (très) sous-évalué		360
Une mesure (très) indirecte de l'existence du " <i>healthy worker effect</i> "		363
Le " <i>healthy worker effect</i> " ... quel impact sur le taux de burnout ?		364
ANNEXE : LE QUESTIONNAIRE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		366

Présentation : objectifs, méthodologie et échantillon

Objectifs

L'épuisement professionnel est un enjeu crucial pour la prestation de soins de santé mentale, car il peut conduire à une diminution de la performance au travail et, finalement, à de moins bons résultats dans la prise en charge des patients.

L'un des enjeux majeurs du rapport est celui de **quantifier le phénomène**, à partir de diverses mesures et partitions des scores des composants du burnout (Scores de Maslach). Or, la nature de l'enquête et les problèmes posés par le phénomène de la non-réponse (particulièrement la non réponse partielle) biaisent ce calcul. Il s'impose donc un traitement de la non-réponse pour analyser l'étendue et la robustesse des résultats des traitements économétriques d'analyse de causalité et de probabilités.

Le rapport explore le poids des caractéristiques personnelles et professionnelles des personnels soignants et des facteurs organisationnels dans la **prédiction du burnout** et de ses composantes : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation (le cynisme) et l'accomplissement personnel chez le personnel travaillant dans les services de soins aux malades d'Alzheimer.

Méthodologie

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'analyse des réponses de 2600 soignants de malades d'Alzheimer. Ils ont été interviewés en auto-administré papier durant le premier semestre 2013. Les questionnaires recueillis ont été scannés et incrémentés dans une table Excel par la société NEOPTEC.

Le questionnaire administré, d'une durée moyenne de 30 minutes, est issu d'une réflexion menée conjointement par ORPEA et Mines ParisTech. Le corps de ce rapport utilise des méthodes issues d'approches multidimensionnelles (ACP : Analyse en Composantes Principales) et d'approches explicatives. Ces dernières font appel à l'utilisation d'équations économétriques linéaires et non linéaires qui prennent en compte des choix binaires (il s'agit de régressions de

type MCO et logistiques). Ces méthodes permettent de raisonner en termes d'effet pur. Ainsi chaque variable aura un impact qui lui est propre, toutes choses étant égales par ailleurs. Ceci permet de dépasser les limites des analyses bivariées (tris croisés), qui cachent l'influence d'autres variables non présentes dans le croisement.

La partition des données en classes.

L'analyse de séquences, des échelles des valeurs ordonnées ou de séries temporelles est un sujet d'importance en traitement du signal et dans de nombreux domaines applicatifs. Très souvent, le problème étudié se ramène à celui de la classification automatique sous une contrainte d'ordre sur les classes. Dans ce contexte, l'objectif est de trouver, à partir d'un échantillon de données, une partition en K classes ordonnées en optimisant un critère numérique. L'algorithme de Fisher¹⁶ fournit une solution optimale via un algorithme de programmation dynamique qui peut s'avérer coûteux en temps de calcul, surtout pour des échantillons de grande taille.

Une autre manière automatique de création des classes est la partition des échelles de valeur de telle sorte que le nombre d'individus appartenant à chaque classe soit le plus équilibré possible. Autrement dit, si l'on doit créer trois classes d'individus, selon leur degré d'épuisement professionnel par exemple, la partition de l'échelle de valeurs se fera en ayant comme but que chaque classe résultante « pèse » 1/3 de l'échantillon total. Bien sûr, rien ne garantit que chaque classe contienne exactement 33 % de l'échantillon, mais l'algorithme donnera le résultat le plus proche possible de cet objectif. L'avantage de cette méthode de classification ou discrétisation d'une échelle de valeur réside dans la simplicité du calcul et du fait que les terciles ainsi calculés, ne sont pas du tout influencés par des valeurs extrêmes de l'échelle de valeur à partitionner.

Une partition optimale d'une échelle de valeur reste, bien entendu, tributaire d'une définition des seuils de rupture liés à des indicateurs bien définis et testés, dans notre cas, par des tests de santé cliniquement prouvés. En l'absence de seuils testés cliniquement, les meilleures partitions sont données par des méthodes de discrétisation comme celles citées ci-avant, qui ont au moins l'avantage d'être définies systématiquement et de manière moins arbitraire qu'un autre type de classification non statistique.

¹⁶W. D. Fisher (1958). "On grouping for maximum homogeneity". Journal of the American Statistical Association, 53: 789–798.

L'analyse des données : l'ACP

L'Analyse en Composantes Principales (ACP) est l'une des méthodes d'analyse de données multivariées les plus utilisées. Dès lors que l'on dispose d'un tableau de données quantitatives (continues ou discrètes) dans lequel n observations (des individus, des produits, ...) sont décrites par p variables (des descripteurs, attributs, mesures, ...), si p est assez élevé, il est impossible d'appréhender la structure des données et la proximité entre les observations en se contentant d'analyser des statistiques descriptives univariées ou même bivariées.

Il existe plusieurs applications pour l'ACP, parmi lesquelles :

1. l'étude et la visualisation des corrélations entre les variables, afin d'éventuellement limiter le nombre de variables à mesurer par la suite ;
2. l'obtention de facteurs non corrélés qui sont des combinaisons linéaires des variables de départ, afin d'utiliser ces facteurs dans des méthodes de modélisation telles que la régression linéaire, la régression logistique ou l'analyse discriminante ;
3. la visualisation des observations dans un espace à deux ou trois dimensions, afin d'identifier des groupes homogènes d'observations, ou au contraire des observations atypiques.

L'ACP peut être considérée comme une méthode de projection qui permet de projeter les observations depuis l'espace à p dimensions des p variables vers un espace à k dimensions ($k < p$) tel qu'un maximum d'information soit conservée (l'information est ici mesurée au travers de la variance totale du nuage de points) sur les premières dimensions. Si l'information associée aux 2 ou 3 premiers axes représente un pourcentage suffisant de la variabilité totale du nuage de points, on pourra représenter les observations sur un graphique à 2 ou 3 dimensions, facilitant ainsi grandement l'interprétation.

L'ACP utilise une matrice indiquant le degré de similarité entre les variables pour calculer des matrices permettant la projection des variables dans le nouvel espace. Il est commun d'utiliser comme indice de similarité le coefficient de corrélation de Pearson, ou la covariance. La corrélation de Pearson et la covariance présentent l'avantage de donner des matrices semi-définies positives dont les propriétés sont utilisées en ACP. Néanmoins on peut envisager d'utiliser d'autres indices (la corrélation de Spearman et de Kendall ou les corrélations

polychoriques pour les données ordinales -les corrélations tétrachoriques sont un cas particulier des corrélations polychoriques qui concerne les données binaires).

Classiquement, on utilise un coefficient de corrélation et non la covariance car l'utilisation du coefficient de corrélation permet de supprimer les effets d'échelle : ainsi une variable variant entre 0 et 1 ne pèse pas plus dans la projection qu'une variable variant entre 0 et 1000. Toutefois, dans certains domaines, lorsque les variables sont supposées être sur des échelles identiques, ou lorsque l'on veut que la variance des variables influe sur la construction des facteurs, on utilise la covariance.

L'économétrie : les réponses quantitatives et qualitatives.

La régression logistique et la régression linéaire appartiennent à la même famille des modèles GLM (GeneralizedLinearModels) : dans les deux cas on relie un événement à une combinaison linéaire de variables explicatives.

Pour la régression linéaire, la variable dépendante suit une loi normale $N(\mu, s)$ où μ est une fonction linéaire des variables explicatives. Pour la régression logistique, la variable dépendante, aussi appelée variable réponse, suit une loi de Bernoulli de paramètre p (p la probabilité moyenne pour que l'événement se produise), lorsque l'expérience est répétée une fois, ou une loi Binomiale(n, p) si l'expérience est répétée n fois (par exemple la même dose est essayée sur n insectes). Le paramètre de probabilité p est ici une fonction d'une combinaison linéaire des variables explicatives.

On utilise la régression logistique pour modéliser une variable qualitative binaire (2 modalités), ordinaire (plus de deux modalités ordonnées) ou polytomique (plus de deux modalités) en fonction de variables explicatives quantitatives ou qualitatives.

La régression logistique est une méthode très utilisée car elle permet de modéliser des variables binaires ou des sommes de variables binaires. Elle est très utilisée dans le domaine médical (guérison ou non d'un patient), en sociologie, en épidémiologie, en marketing quantitatif (achat ou non de produits ou services suite à une action) et en finance pour modélisation de risques (scoring).

Le principe du modèle de la régression logistique est de relier la survenance ou la non survenance d'un événement au niveau de variables explicatives. Par exemple, dans le domaine

phytosanitaire, on cherche à évaluer à partir de quelle dose d'un agent chimique, un insecte sera neutralisé, ou, dans le cas qui nous intéresse ici, quelles caractéristiques individuelles et de l'organisation du travail sont plus susceptibles de déclencher un processus de burnout.

On peut aussi traiter le modèle logit multinomial qui est une extension de la régression logistique au cas de variables polytomiques (plus de deux modalités), ainsi que le modèle logit ordinal qui permet d'étudier une variable polytomique ordinale (pour laquelle l'ordre des modalités a un sens).

Les fonctions les plus couramment utilisées pour relier la probabilité p aux variables explicatives sont la fonction logistique (on parle alors de modèle Logit) et la fonction de répartition de la loi normale standard (on parle alors de modèle Probit). Ces deux fonctions sont parfaitement symétriques et sigmoïdes.

Caractéristiques de l'échantillon

Les tableaux suivants présentent les principales caractéristiques des soignants de malades d'Alzheimer interrogés. D'une part leurs caractéristiques démographiques (genre, âge, situation matrimoniale, nombre d'enfants à charges...) et d'autre part leurs caractéristiques professionnelles (poste occupé, ancienneté, nombre de malades pris en charge...)

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
23 Vous êtes ...	2602	118	Une femme	2 238	90.10
			Un homme	246	9.90
24 Votre âge	2602	158	18-25 ans	322	13.18
			26-30 ans	416	17.02
			31 -35 ans	355	14.53
			36-40 ans	325	13.30
			41-45 ans	330	13.50
			46-50 ans	272	11.13
			51-55 ans	227	9.90
			56 ans et plus	197	8.06
25 Quelle est votre situation matrimoniale ?	2602	210	marié(e)	879	36.75
			en couple	781	32.65
			célibataire	464	19.40
			divorcé(e) / séparé(e)	231	9.66
			veuf/ veuve	37	1.55
26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ?	2602	211	1 seul	578	24.17
			2	519	21.71
			3	200	8.36
			4	44	1.84
			5 et plus	27	1.13
			aucun	1 023	42.79
27 En pensant à votre histoire familiale, de quelle(s) origine(s) diriez-vous que vous êtes ?	2602	355	En France	1962	87.32
			Île-de-France	289	12.86
			Provence-Alpes-Côte d'Azur	259	11.53
			Picardie	158	7.03
			Bretagne	151	6.72
			Poitou-Charentes	145	6.45
			Auvergne	134	5.96
			Rhône-Alpes	118	5.25
			Nord-Pas-de-Calais	114	5.07
			Aquitaine	113	5.03
			Centre	92	4.09
			Champagne-Ardenne	84	3.74
			Midi-Pyrénées	74	3.29
			Basse-Normandie	72	3.20
			Haute-Normandie	61	2.71
			Alsace	55	2.45
			Pays de la Loire	50	2.23
			Languedoc-Roussillon	44	1.96
			Martinique	44	1.96
			Bourgogne	41	1.82
			Lorraine	39	1.74
			Guadeloupe	35	1.56
			Corse	26	1.16
			Mayotte	26	1.16
			Limousin	24	1.07
			Lar Réunion	21	0.93
			Franche-Comté	15	0.67
			Guyane	6	0.27

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
27 En pensant à votre histoire familiale, de quelle(s) origine(s) diriez-vous que vous êtes ?	2602	355	A l'étranger	611	27.19
			Afrique du Nord	156	6.94
			Europe du Sud ouest	156	6.94
			Afrique de l'ouest	66	2.94
			Afrique centrale	65	2.89
			Europe centrale	41	1.82
			Europe de l'ouest	32	1.42
			Océan Indien	31	1.38
			Amérique latine	20	0.89
			Amérique du Nord	16	0.71
			Europe de l'Est	12	0.53
			Proche et Moyen Orient	12	0.53
			Autres pays d'Afrique	10	0.45
			Asie du Sud Est	9	0.40
			Europe balkanique	9	0.40
			Asie du Sud	8	0.36
			Chine	6	0.27
			Europe du Nord	6	0.27
			Océanie	5	0.22
			Autres pays d'Asie	4	0.18
28 De quelle religion ou spiritualité vous sentez vous le plus proche ?	2602	468	catholicisme	875	41.00
			aucune	834	39.08
			islam	167	7.83
			bouddhisme	81	3.80
			protestantisme	74	3.47
			autres religions	58	2.72
			religions traditionnelles africaine	15	0.70
			hindouisme	11	0.52
			judaïsme	11	0.52
			orthodoxie	8	0.37
Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
29 Votre profession	2602	356	aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1 099	48.93
			agent des services hospitaliers	492	21.91
			infirmier(e)	342	15.23
			psychologue	62	2.76
			infirmier(e) coordonnateur/-trice	49	2.18
			kinésithérapeute salarié	42	1.87
			cadre infirmier	33	1.47
			ergothérapeute	30	1.34
			assistant(e) de soins en gériatrie	24	1.07
			médecin salarié	24	1.07
			psychomotricien	21	0.93
			médecin coordonnateur EHPAD	17	0.76
			médecin coordinateur Clinique	11	0.49
			moins de 1 an	202	8.58
30 Depuis combien d'années exercez vous votre métier actuel ?	2602	247	1-3 ans	398	16.90
			3-5 ans	404	17.15
			6-10 ans	496	21.06
			10-15 ans	358	15.20
			16-20 ans	207	8.79
			21 -25 ans	113	4.80
			plus de 25 ans	177	7.52
31 Depuis combien d'années travaillez vous dans cet établissement ?	2602	195	moins de 1 an	481	19.98
			1-3 ans	640	26.59
			3-5 ans	470	19.53
			6-10 ans	401	16.66
			10-15 ans	223	9.26
			16-20 ans	98	4.07
			21 -25 ans	69	2.87
			plus de 25 ans	25	1.04

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
32 Votre contrat de travail actuel est	2602	160	un CDI	2 069	84.73
			un CDD	362	14.82
			intérimaire	11	0.45
33 Le temps de travail	2602	282	à 100 % (temps plein)	1 977	85.22
			à 80%	165	7.11
			à 60%	110	4.74
			à 40%	51	2.20
			à 20 %	17	0.73
34 En ce moment, de combien de personnes atteintes d'Alzheimer vous occupez vous?	2602	309	aucune	344	15.00
			1-2/jour	250	10.90
			3-5/jour	374	16.31
			5-10/jour	338	14.74
			10-15/jour	348	15.18
			15-20/jour	189	8.24
			20-25/jour	141	6.15
			plus de 25/jour	309	13.48
35 Disposer d'une bonne information sur les démences de type Alzheimer vous serait très utile dans votre travail	2602	225	tout à fait d'accord	1 575	66.26
			plutôt d'accord	614	25.83
			plutôt pas d'accord	122	5.13
			pas du tout d'accord	66	2.78
36 Dans quel type d'unité travaillez-vous cette semaine?	2602	266	EHPAD / USLD	1 843	78.90
			résidence classique	1 407	60.23
			unité protégée Alzheimer	607	25.98
			accueil de jour	123	5.27
			PASA	13	0.56
			UHR	4	0.17
			SSR	529	22.65
			SSR polyvalent ou autre	350	14.98
			SSR gériatrique	236	10.10
39 Fumez-vous ?	2602	154	UCC	18	0.77
			non	1 467	59.93
			oui, modérément	477	19.49
			oui, un peu	288	11.76
			oui, beaucoup	216	8.82

Les Scores de Maslach

Méthode de calcul des scores

Les questions 1 à 22 permettent de déterminer les trois scores de Maslach. Pour chacune des questions, les modalités de réponse ont été pondérées de la manière suivante :

A la modalité...	Affecter la valeur ...
Jamais	0
Plusieurs fois par an	1
Une fois par mois	2
Plusieurs fois par mois	3
Une fois par semaine	4
Plusieurs fois par semaine	5
Chaque jour	6

QUESTIONS ET SEUILS RETENUS SELON LES SCORES

Score	Question	Seuil selon Cut of point	Seuil selon tercales
Score d'Épuisement professionnel (SEP)	1 Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail		
	2 Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail		
	3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail		
	6 Travailler avec d'autres personnes tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts		
	8 Je sens que je craque à cause de mon travail		
	13 Je me sens frustré(e) par mon travail	● SEP < 18 : faible ● 18 < SEP < 30 : modéré ● SEP >= 30 : élevé	● SEP < 11 : faible ● 11 < SEP < 22 : modéré ● SEP > = 22 : élevé
	14 Je sens que je travaille trop dur dans mon job		
	16 Travailler au contact direct avec d'autres personnes me stresse trop		
	20 Je me sens au bout du rouleau		
	5 Je sens que je m'occupe de certains résidents/patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets		
Score de Dépersonnalisation (SD)	10 Je suis devenu(e) plus insensible aux autres depuis que j'ai ce travail	● SD < 6 : faible ● 6 < SD < 12 : modéré ● SD > = 12 : élevé	● SD < 2 : faible ● 2 < SD < 7 : modéré ● SD > = 7 : élevé
	11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement		
	15 Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains des résidents/patients		
	22 J'ai l'impression que les résidents/patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes		
	4 Je peux comprendre facilement ce que les résidents/patients ressentent		
Score d'Accomplissement personnel (SAP)	7 Je m'occupe très efficacement des problèmes des résidents/patients		
	9 J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les autres		
	12 Je me sens plein(e) d'énergie	● SAP < 34 : faible ● 34 < SAP < 40 : modéré ● SAP > = 40 : élevé	● SAP < 35 : faible ● 35 < SAP < 42 : modéré ● SAP > = 42 : élevé
	17 J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les résidents/patients		
	18 Je me sens ragaillardir(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des résidents/patients		
	19 J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail		
	21 Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement		

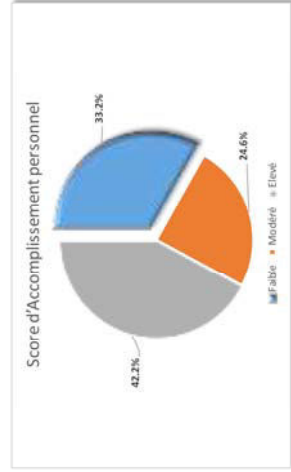
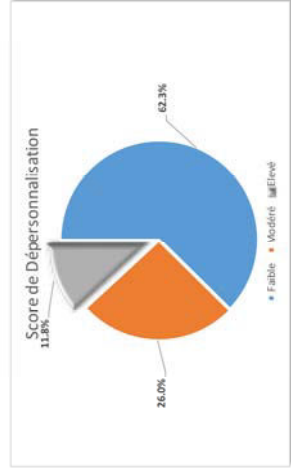
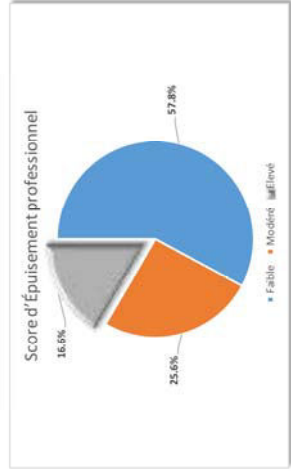
STATISTIQUES DESCRIPTIVES POUR LES DEUX METHODES

Méthode des cut-off points				Méthode des Teriles			
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Équipement Professionnel-SEP) :				Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Équipement Professionnel-SEP) :			
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence
[0; 18[		1 177	57.81	[0; 11[		751	36.89
[18; 30[		522	25.64	[11; 22[		630	30.94
[30; 54]		337	16.55	[22; 54]		655	32.17
2 036				2 036			
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score de Dépersonnalisation-SD) :				Statistiques descriptives pour les intervalles (Score de Dépersonnalisation-SD) :			
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence
[0; 6[		1 314	62.27	[0; 2[		730	34.60
[6; 12[		548	25.97	[2; 7[		758	35.92
[12; 24]		248	11.75	[7; 30]		622	29.48
2 110				2 110			
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Accompagnement Personnel-SAP) :				Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Accompagnement Personnel-SAP) :			
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence
[0; 34[		599	33.19	[0; 35[		666	36.90
[34; 40[		444	24.60	[35; 42[		559	30.97
[40; 48]		762	42.22	[42; 48]		580	32.13
1 805				1 805			

Résultats du calcul des scores selon les deux méthodes

Scores selon cut-off points

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
Score d'Épuisement professionnel	2602	566	Faible	1177	57.81
			Modéré	522	25.64
			Élevé	337	16.55
Score de Dépersonnalisation	2602	492	Faible	1314	62.27
			Modéré	948	35.57
			Élevé	248	11.73
Score d'Accomplissement personnel	2602	797	Faible	599	33.19
			Modéré	444	24.60
			Élevé	762	42.22

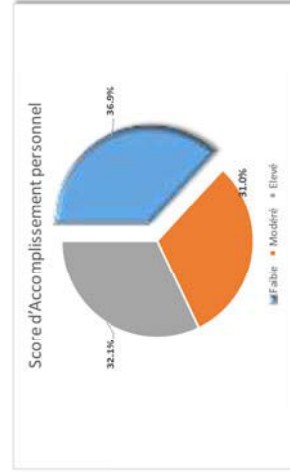
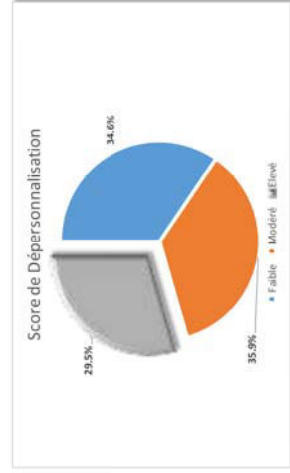
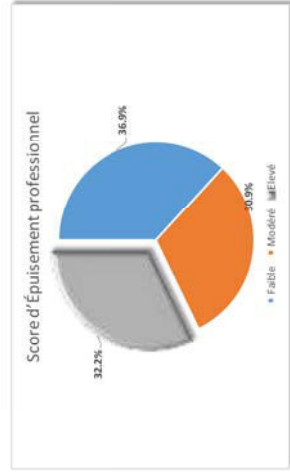


Scores selon terciles des Scores

Voir "Measuring burnout" C. Maslach, M. Leiter & W. Schaufeli (2008), chapitre 5

Voir "A Cautionary Note about the Cross-national and Clinical Validity of Cut-off Points for the Maslach Burnout Inventory" W. Schaufeli and D. VAN BIERENDEKONK (1995)

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
Score d'Épuisement professionnel	2602	566	Faible	751	36.89
			Modéré	630	30.94
			Élevé	655	32.17
Score de Dépersonnalisation	2602	492	Faible	730	34.60
			Modéré	758	35.92
			Élevé	622	29.48
Score d'Accomplissement personnel	2602	797	Faible	666	36.50
			Modéré	559	30.57
			Élevé	580	32.13



Description des composantes du score d'Épuisement Professionnel

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
1 Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	2602	111	0	420	16.86
			1	685	27.50
			2	226	9.07
			3	479	19.23
			4	226	9.07
			5	292	11.72
			6	163	6.54
2 Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	2602	103	0	336	13.45
			1	589	23.57
			2	211	8.44
			3	467	18.69
			4	302	12.08
			5	343	13.73
			6	251	10.04
3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	2602	119	0	498	20.06
			1	545	21.95
			2	200	8.05
			3	465	18.73
			4	216	8.70
			5	339	13.65
			6	220	8.86
6 Travailler avec d'autres personnes tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	2602	107	0	1 363	54.63
			1	421	16.87
			2	108	4.33
			3	219	8.78
			4	92	3.69
			5	172	6.89
			6	120	4.81
8 Je sens que je craque à cause de mon travail	2602	74	0	978	38.69
			1	763	30.18
			2	219	8.66
			3	230	9.10
			4	79	3.13
			5	151	5.97
			6	108	4.27
13 je me sens frustré(e) par mon travail	2602	124	0	941	37.97
			1	549	22.15
			2	155	6.26
			3	298	12.03
			4	112	4.52
			5	242	9.77
			6	181	7.30
14 Je sens que je travaille trop dur dans mon job	2602	127	0	448	18.10
			1	570	23.03
			2	141	5.70
			3	434	17.54
			4	137	5.54
			5	323	13.05
			6	422	17.05
16 Travailler au contact direct avec d'autres personnes me stresse trop	2602	114	0	1 663	66.84
			1	417	16.76
			2	110	4.42
			3	122	4.90
			4	57	2.29
			5	76	3.05
			6	43	1.73
20 Je me sens au bout du rouleau	2602	121	0	911	36.72
			1	750	30.23
			2	195	7.86
			3	239	9.63
			4	99	3.99
			5	167	6.73
			6	120	4.84

Description des composantes du score de Dépersonnalisation

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
5 Je sens que je m'occupe de certains résidents/patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	2602	106	0	1 845	73.92
			1	242	9.70
			2	64	2.56
			3	131	5.25
			4	47	1.88
			5	102	4.09
			6	65	2.60
10 Je suis devenu(e) plus insensible aux autres depuis que j'ai ce travail	2602	165	0	1 664	68.28
			1	287	11.78
			2	75	3.08
			3	117	4.80
			4	45	1.85
			5	99	4.06
			6	150	6.16
11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	2602	194	0	1 273	52.87
			1	484	20.10
			2	127	5.27
			3	162	6.73
			4	55	2.28
			5	106	4.40
			6	201	8.35
15 Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains des résidents/patients	2602	165	0	1 941	79.65
			1	214	8.78
			2	68	2.79
			3	44	1.81
			4	26	1.07
			5	60	2.46
			6	84	3.45
22 J'ai l'impression que les résidents/patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	2602	156	0	1 242	50.78
			1	428	17.50
			2	142	5.81
			3	217	8.87
			4	71	2.90
			5	210	8.59
			6	136	5.56

Description des composantes du score d'Accomplissement Personnel

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
4 Je peux comprendre facilement ce que les résidents/patients ressentent	2602	139	0	38	1.54
			1	84	3.41
			2	14	0.57
			3	189	7.67
			4	64	2.60
			5	636	25.82
			6	1 438	58.38
7 Je m'occupe très efficacement des problèmes des résidents/patients	2602	142	0	68	2.76
			1	95	3.86
			2	43	1.75
			3	233	9.47
			4	71	2.89
			5	736	29.92
			6	1 214	49.35
9 J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les autres	2602	186	0	317	13.12
			1	296	12.25
			2	90	3.73
			3	374	15.48
			4	119	4.93
			5	631	26.12
			6	589	24.38
12 je me sens plein(e) d'énergie	2602	137	0	128	5.19
			1	218	8.84
			2	92	3.73
			3	381	15.46
			4	203	8.24
			5	837	33.96
			6	606	24.58
17 J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les résidents/patients	2602	147	0	29	1.18
			1	92	3.75
			2	26	1.06
			3	187	7.62
			4	83	3.38
			5	777	31.65
			6	1 261	51.36
18 Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des résidents/patients	2602	365	0	203	9.07
			1	194	8.67
			2	62	2.77
			3	190	8.49
			4	95	4.25
			5	602	26.91
			6	891	39.83
19 J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	2602	150	0	58	2.37
			1	278	11.34
			2	69	2.81
			3	286	11.66
			4	91	3.71
			5	629	25.65
			6	1 041	42.46
21 Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	2602	168	0	90	3.70
			1	297	12.20
			2	91	3.74
			3	290	11.91
			4	138	5.67
			5	587	24.12
			6	941	38.66

La mesure du Burnout

Pour l'estimation du nombre de personnes potentiellement atteintes du Burnout, on a suivi deux méthodologies différentes. La première, résultat des plafonds (*cut-off points*) définis par le thésard. La deuxième, selon les approches méthodologiques de calcul proposées dans deux articles cités ci-dessous.

Le premier :

... Thus, researchers and practitioners have two fundamentally different definitions of burnout: for researchers, burnout is a continuous phenomenon, whereas for health professionals and other practitioners, it is a dichotomy ...

... The challenge, then, has been to identify how to translate the continuous scores of a research measure into a dichotomous burnout classification—much like a certain temperature on a continuous thermometer scale signals the presence or absence of fever. Dichotomous categorizations use either statistical or diagnostic criteria. In the former case, cut-off points are determined on a purely arbitrary and statistical basis. For example, the MBI Manual presents the distribution of scores for its normative samples and divides them into thirds; the scoring range in each third is used to indicate “low,” “average,” and “high” scores on burnout (Maslach, Jackson, and Leiter 1996) ...

... An alternative strategy is to use a particular external criterion—for instance, an independent burnout diagnosis. One approach used work-related neurasthenia, as defined in the ICD-10 (1992), as the equivalent of clinical burnout (Schaufeli et al. 2001).² According to the ICD-10, a neurasthenic diagnosis (code F43.8) requires: (1) persistent and increased fatigue or weakness after minimal (mental) effort; (2) at least two out of seven distress symptoms such as irritability and inability to relax; (3) the absence of other disorders such as mood disorder or anxiety disorder. According to Schaufeli et al. (2001), in order to be diagnosed as clinical burnout, the neurasthenic symptoms should additionally be work related, and the individual should receive professional treatment. Based on these diagnostic criteria, clinically validated cut-off scores for each of the three MBI scales were established. Additional research confirmed the validity of the MBI cut-off points and also established a decision rule for combining the scores of the three burnout dimensions: an individual is considered to be clinically burned out when he or she has a “high” score on exhaustion in combination with a “high” score on either of the two remaining MBI dimensions (Brenninkmeijer and Van Yperen 2003; Roelofs et al. 2005). This decision rule, which is based on clinically validated cut-off points, enables the MBI—a multidimensional continuous measure—to be translated into a dichotomy that can be used by health professionals in order to diagnose burnout. ...

Christina Maslach, Michael P. Leiter and Wilmar Schaufeli, “MEASURING BURNOUT”, Chapitre 5, 2008.

Le deuxième:

... Had the American cut-off points been applied to the Dutch sample, the number of subjects with "high" scores on Emotional Exhaustion and Depersonalization would have been severely underestimated (both 13% instead of about 33%), whereas those with "low" scores on Personal Accomplishment would have been likewise overestimated (55% instead of about 33%). ...

... In the present study we had to follow the test-manual by using the top/middle/bottom thirds as a way of distinguishing levels of burnout. However, we prefer percentile ranges as they are being used in the Dutch version of the inventory (Schaufeli & Van Dierendonck, 1994). Percentile ranges have greater flexibility in allowing the delineation of individuals with unusual or extreme values. ...

Wilmar B. Schaufeli and Dirk van Dierendonck "A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-Off Points for the Maslach Burnout Inventory". In *Psychological Reports*, 1995, 76, 1083-1090.

La règle pour construire un indicateur de Burnout est, dans les deux cas (cut-off points ou terciles), la même :

Burnout = 1 si (SEP = Élevé et SD = Élevé) ou (SEP = Élevé et SAP = Faible) ; 0 sinon.

Les résultats des calculs sont présentés dans les tableaux et graphiques suivants. Dans le cas de l'utilisation des *cut-off points* fournis, 8,4 % des personnes interrogées seraient atteintes de burnout. En revanche, dans le cas de l'utilisation des terciles, environ 20.6 % des personnes interrogées le seraient. Dans la suite du rapport, les calculs économétriques vont s'effectuer en prenant en compte les deux résultats.

Option 1
Utilisant les cut-off points fournis par le thésard

	Freq.	Percent	Cum.
Non	1 759	91.57	91.57
Oui	162	8.43	100.00
Total	1 921	100.00	

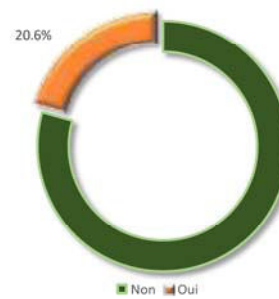
Option 2
Utilisant les terciles des Scores selon Schaufeli

	Freq.	Percent	Cum.
Non	1 525	79.39	91.57
Oui	396	20.61	100.00
Total	1 921	100.00	

Burnout selon cut-off points



Burnout selon terciles des Scores



Les Scores de Personnalité

Méthode de calcul des scores de personnalité

La question 42 (« Chacun des mots ou expressions suivants vous semble-t-il correspondre à vos traits de caractères ? » - échelle de 0 à 4 : pas du tout (0), plutôt non (1), plutôt oui (3), tout à fait (4)) permet de dresser 3 profils de personnalité : **l'oralité, l'analité et la phallicité**

QUESTIONS ET SEUILS RETENUS SELON LES SCORES DE PERSONNALITE

Score	Questions	Seuil selon Cut of point
Score d'Oralité (SOR)	1 éternel insatisfait(e) »	
	6 naïveté	● SOR < 7 : faible
	10 idéalisme	● 7 < SOR ≤ 12 : modéré
	11 impatience	● SOR > = 13 : élevé
	13 optimisme	
	16 possessivité	
	4 contrôle	
Score d'Analité (SAN)	7 économe	● SAN < 7 : faible
	12 obstination	● 7 < SAN ≤ 12 : modéré
	14 ordonné(e)	● SAN > = 13 : élevé
	15 perfectionnisme	
	18 sens du devoir	
	2 ambition	
	3 confiance en soi	
Score de Phallicité (SPH)	5 courage	● SPH < 7 : faible
	8 énergie	● 7 < SPH ≤ 12 : modéré
	9 esprit de compétition	● SPH > = 13 : élevé
	17 séduction	

STATISTIQUES DESCRIPTIVES POUR LES TROIS METHODES DE DISCRETISATION DES SCORES

Méthode des cut-off points					Méthode des Terdies					Algorithme de Fisher				
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Oradité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Oradité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Oradité) :				
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	
[0; 7]		387	11.24		[0; 10]		638	38.36		[0; 9]		454	27.30	
[7; 13]		1 003	60.31		[10; 13]		552	33.19		[9; 14]		822	49.43	
[13; 24]		473	28.44		[13; 24]		473	28.44		[14; 24]		387	23.27	
				1 663					1 663					1 663
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Anadité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Anadité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score d'Anadité) :				
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	
[0; 7]		15	0.83		[0; 17]		631	35.06		[0; 15]		321	17.83	
[7; 13]		133	7.39		[17; 20]		644	35.78		[15; 19]		734	40.78	
[13; 24]		1 652	91.78		[20; 24]		525	29.17		[19; 24]		745	41.39	
				1 800					1 800					1 800
Statistiques descriptives pour les intervalles (Score de Phaladité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score de Phaladité) :					Statistiques descriptives pour les intervalles (Score de Phaladité) :				
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence		Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	
[0; 7]		24	1.35		[0; 13]		703	39.58		[0; 13]		389	21.90	
[7; 13]		365	20.55		[13; 18]		496	27.93		[13; 18]		810	45.61	
[13; 24]		1 387	78.30		[18; 24]		577	32.49		[18; 24]		577	32.49	
				1 776					1 776					1 776

CORRELATIONS ENTRE LES SCORES DE PERSONALITE ET LES PARTITIONS RESULTANTS DE LA DISCRETISATION DES SCORES

Statistiques descriptives :

Variable	Observations : 16 données manquées man					Moyenne	Ecart-type
	Score d'Oralité	Score d'Analité	Score de Phallicité	Score d'Oralité-trois modalités	Score d'Analité-trois modalités	Maximum	
Score d'Oralité	2602	939	1663	0.000	24.000	10.779	3.806
Score d'Analité	2602	802	1800	0.000	24.000	17.511	3.443
Score de Phallicité	2602	826	1776	0.000	24.000	15.564	3.892
Score d'Oralité-trois modalités	2602	939	1663	1.000	3.000	2.172	0.606
Score d'Analité-trois modalités	2602	802	1800	1.000	3.000	2.909	0.315
Score de Phallicité-trois modalités	2602	826	1776	1.000	3.000	2.767	0.453
Score d'Oralité-terciles	2602	939	1663	1.000	3.000	1.901	0.812
Score d'Analité-terciles	2602	802	1800	1.000	3.000	1.941	0.799
Score de Phallicité-terciles	2602	826	1776	1.000	3.000	1.929	0.846
Score d'Oralité-Fisher	2602	939	1663	1.000	3.000	1.960	0.710
Score d'Analité-Fisher	2602	802	1800	1.000	3.000	2.236	0.733
Score de Phallicité-Fisher	2602	826	1776	1.000	3.000	2.106	0.730

Matrice de corrélation (Pearson) :

Variables	Score d'Oralité	Score d'Analité	Score de Phallicité	Score d'Oralité-trois modalités	Score d'Analité-trois modalités	Score de Phallicité-trois modalités	Score d'Oralité-terciles	Score d'Analité-terciles	Score de Phallicité-terciles	Score d'Oralité-Fisher	Score d'Analité-Fisher	Score de Phallicité-Fisher
Score d'Oralité	1	0.134	0.166	0.879	0.126	0.101	0.888	0.074	0.141	0.899	0.082	0.133
Score d'Analité	0.134	1	0.419	0.122	0.669	0.338	0.122	0.862	0.340	0.862	0.085	0.351
Score de Phallicité	0.166	0.419	1	0.152	0.280	0.744	0.112	0.350	0.886	0.114	0.366	0.905
Score d'Oralité-trois modalités	0.879	0.122	0.152	1	0.114	0.100	0.842	0.074	0.131	0.818	0.074	0.123
Score d'Analité-trois modalités	0.126	0.669	0.280	0.114	1	0.288	0.074	0.339	0.202	0.079	0.485	0.219
Score de Phallicité-trois modalités	0.101	0.338	0.744	0.100	0.288	1	0.059	0.248	0.563	0.061	0.291	0.777
Score d'Oralité-terciles	0.888	0.074	0.112	0.842	0.074	0.059	1	0.042	0.097	0.871	0.039	0.089
Score d'Analité-terciles	0.074	0.862	0.350	0.074	0.339	0.248	0.042	1	0.303	0.058	0.826	0.307
Score de Phallicité-terciles	0.141	0.340	0.886	0.131	0.202	0.563	0.097	0.303	1	0.099	0.318	0.893
Score d'Oralité-Fisher	0.899	0.085	0.114	0.818	0.079	0.061	0.871	0.058	0.099	1	0.046	0.096
Score d'Analité-Fisher	0.082	0.888	0.366	0.074	0.485	0.291	0.039	0.826	0.318	0.046	1	0.325
Score de Phallicité-Fisher	0.133	0.351	0.905	0.123	0.219	0.777	0.089	0.307	0.893	0.096	0.325	1

les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

p-values :

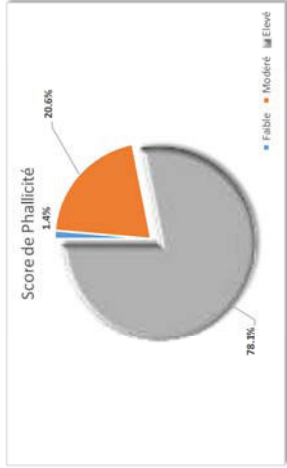
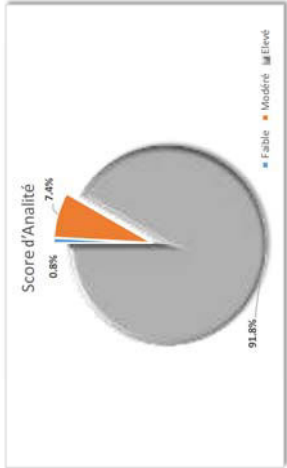
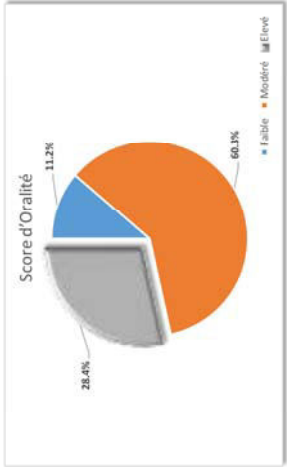
Variables	Score d'Oralité	Score d'Analité	Score de Phallicité	Score d'Oralité-trois modalités	Score d'Analité-trois modalités	Score de Phallicité-trois modalités	Score d'Oralité-terciles	Score d'Analité-terciles	Score de Phallicité-terciles	Score d'Oralité-Fisher	Score d'Analité-Fisher	Score de Phallicité-Fisher
Score d'Oralité	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.004	<0.0001	<0.0001	0.002	<0.0001
Score d'Analité	<0.0001	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.001	<0.0001	<0.0001
Score de Phallicité	<0.0001	<0.0001	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Score d'Oralité-trois modalités	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.005	<0.0001	<0.0001	0.005	<0.0001
Score d'Analité-trois modalités	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.003	<0.0001	<0.0001
Score de Phallicité-trois modalités	0.000	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.020	<0.0001	<0.0001
Score d'Oralité-terciles	<0.0001	0.005	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.024	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.140	0.001
Score d'Analité-terciles	0.004	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.110	<0.0001	<0.0001	0.027	<0.0001	<0.0001
Score de Phallicité-terciles	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0	<0.0001	0	0.000	<0.0001	<0.0001
Score d'Oralité-Fisher	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.027	0.000	0	0.077	0.000
Score d'Analité-Fisher	0.002	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.077	<0.0001	<0.0001
Score de Phallicité-Fisher	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.000	<0.0001	0

les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

La discrétisation par l'application de l'algorithme de Fisher semble mieux reproduire les scores originaux. En l'absence seuils testés cliniquement ; les meilleures partitions sont données par des méthodes statistiques de discrétisation (terciles ou Fisher).

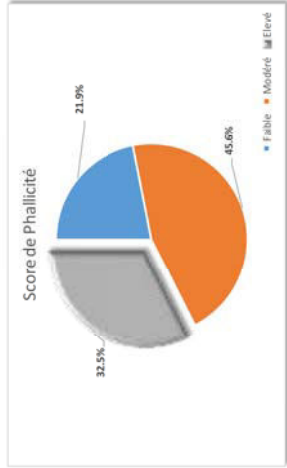
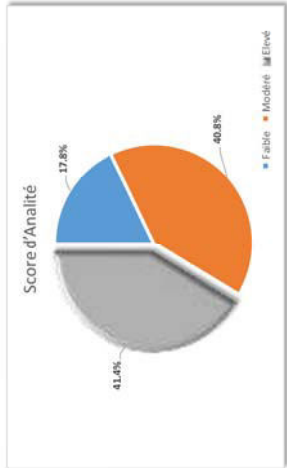
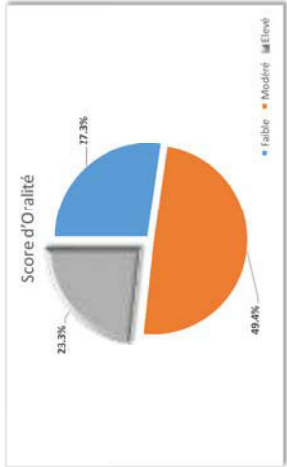
Résultats du calcul des scores de personnalité

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
Score d'Oralité	2602	939	Faible	187	11.24
			Moderé	1 003	60.31
			Elevé	473	28.44
Score d'Analyse	2602	802	Faible	15	0.83
			Moderé	133	7.39
			Elevé	1 652	91.78
Score de Phallicité	2602	949	Faible	44	1.25
			Moderé	365	20.55
			Elevé	1 387	78.10



Scores selon classification automatique de Fisher

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
Score d'Oralité	2602	939	Faible	454	27.30
			Moderé	822	49.43
			Elevé	387	23.27
Score d'Analyse	2602	802	Faible	321	17.83
			Moderé	734	40.78
			Elevé	745	41.39
Score de Phallicité	2602	949	Faible	389	21.90
			Moderé	810	45.61
			Elevé	577	32.49



Description des composantes du score d’Oralité

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité valeur	Modalité libellé	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
1 éternel insatisfait(e) »	2602	553	0	pas du tout	984	48.02
			1	plutôt non	516	25.18
			3	plutôt oui	389	18.98
			4	tout à fait	160	7.81
6 naïveté	2602	480	0	pas du tout	640	30.16
			1	plutôt non	793	37.37
			3	plutôt oui	514	24.22
			4	tout à fait	175	8.25
10 idéalisme	2602	537	0	pas du tout	286	13.85
			1	plutôt non	606	29.35
			3	plutôt oui	844	40.87
			4	tout à fait	329	15.93
11 impatience	2602	470	0	pas du tout	452	21.20
			1	plutôt non	850	39.87
			3	plutôt oui	619	29.03
			4	tout à fait	211	9.90
13 optimisme	2602	436	0	pas du tout	43	1.99
			1	plutôt non	243	11.22
			3	plutôt oui	1 151	53.14
			4	tout à fait	729	33.66
16 possessivité	2602	484	0	pas du tout	594	28.05
			1	plutôt non	849	40.08
			3	plutôt oui	462	21.81
			4	tout à fait	213	10.06

Description des composantes du score d'Analyté

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité valeur	Modalité libellé	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
4 contrôle	2602	410	0	pas du tout	45	2.05
			1	plutôt non	214	9.76
			3	plutôt oui	1 368	62.41
			4	tout à fait	565	25.78
7 économe	2602	431	0	pas du tout	184	8.48
			1	plutôt non	487	22.43
			3	plutôt oui	967	44.54
			4	tout à fait	533	24.55
12 obstination	2602	487	0	pas du tout	159	7.52
			1	plutôt non	454	21.47
			3	plutôt oui	1 048	49.55
			4	tout à fait	454	21.47
14 ordonné(e)	2602	366	0	pas du tout	32	1.43
			1	plutôt non	213	9.53
			3	plutôt oui	1 005	44.95
			4	tout à fait	986	44.10
15 perfectionnisme	2602	444	0	pas du tout	83	3.85
			1	plutôt non	318	14.74
			3	plutôt oui	1 110	51.44
			4	tout à fait	647	29.98
18 sens du devoir	2602	299	0	pas du tout	23	1.00
			1	plutôt non	59	2.56
			3	plutôt oui	951	41.29
			4	tout à fait	1 270	55.15

Description des composantes du score de Phallicité

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité valeur	Modalité libellé	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
2 ambition	2602	424	0	pas du tout	145	6.66
			1	plutôt non	375	17.22
			3	plutôt oui	1 014	46.56
			4	tout à fait	644	29.57
3 confiance en soi	2602	317	0	pas du tout	80	3.50
			1	plutôt non	440	19.26
			3	plutôt oui	1 180	51.64
			4	tout à fait	585	25.60
5 courage	2602	292	0	pas du tout	13	0.56
			1	plutôt non	83	3.59
			3	plutôt oui	926	40.09
			4	tout à fait	1 288	55.76
8 énergétique	2602	340	0	pas du tout	16	0.71
			1	plutôt non	111	4.91
			3	plutôt oui	1 011	44.69
			4	tout à fait	1 124	49.69
9 esprit de compétition	2602	449	0	pas du tout	567	26.34
			1	plutôt non	729	33.86
			3	plutôt oui	527	24.48
			4	tout à fait	330	15.33
17 séduction	2602	509	0	pas du tout	490	23.41
			1	plutôt non	672	32.11
			3	plutôt oui	732	34.97
			4	tout à fait	199	9.51

Les attitudes face aux difficultés professionnelles

La question 37 du questionnaire traite des attitudes de l'individu lorsqu'il fait face aux difficultés professionnelles. Le tableau suivant présente une description des fréquences.

Echantillon	Nb. d'observations	Nb. de valeurs manquantes	Modalité	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)
Nombre d'attitudes différentes	2602	75	1	553	21.88
			2	494	19.55
			3	529	20.93
			4	362	14.33
			5	252	9.97
			6	129	5.10
			7	84	3.32
			8	47	1.86
			9	34	1.35
			10	17	0.67
			11	13	0.51
			12 et plus	13	0.51
Tout plaquer	2602	75	Non	2 174	86.03
			Oui	353	13.97
Allumer une cigarette	2602	75	Non	1 819	71.98
			Oui	708	28.02
Boire un verre	2602	75	Non	2 354	93.15
			Oui	173	6.85
Changer de métier	2602	75	Non	2 133	84.41
			Oui	394	15.59
Changer de service	2602	75	Non	2 307	91.29
			Oui	220	8.71
Changer d'employeur	2602	75	Non	2 059	81.48
			Oui	468	18.52
Consulter un médecin ou un psychologue	2602	75	Non	2 405	95.17
			Oui	122	4.83
Dormir	2602	75	Non	2 108	83.42
			Oui	419	16.58
En parler avec des amis	2602	75	Non	2 016	79.78
			Oui	511	20.22
En parler avec vos collègues	2602	75	Non	1 365	54.02
			Oui	1 162	45.98
En parler avec votre conjoint	2602	75	Non	1 799	71.19
			Oui	728	28.81
Manger	2602	75	Non	2 302	91.10
			Oui	225	8.90
Partir en vacances	2602	75	Non	1 552	61.42
			Oui	975	38.58
Rentrer chez vous jusqu'au lendemain	2602	75	Non	1 949	77.13
			Oui	578	22.87
Vous défouler en faisant du sport	2602	75	Non	1 896	75.03
			Oui	631	24.97
Vous mettre en colère	2602	75	Non	2 174	86.03
			Oui	353	13.97
Vous taire et faire comme si de rien n'était	2602	75	Non	2 257	89.32
			Oui	270	10.68
Aucune de ces proposition	2602	75	Non	2 454	97.11
			Oui	73	2.89

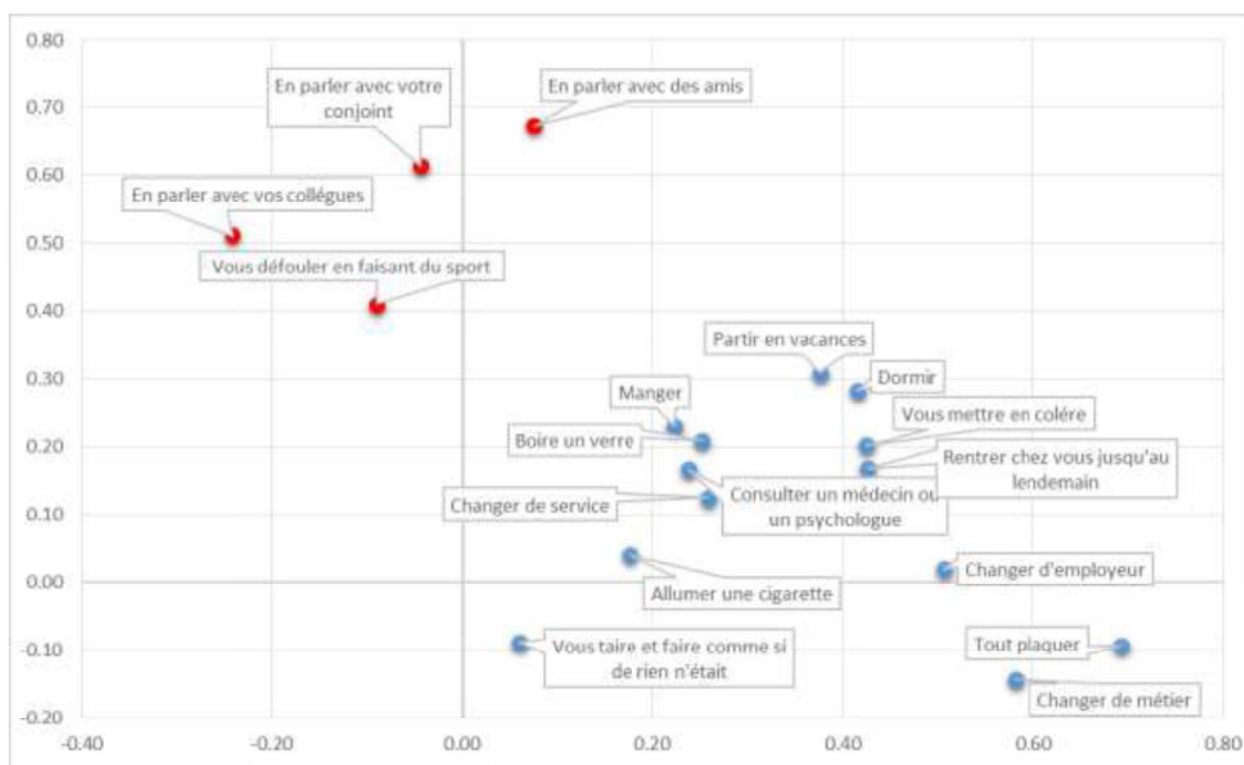
Pour analyser l'ensemble des réponses et construire des indicateurs synthétiques, on procède à la mise en place d'un Analyse en Composantes Principales (ACP).

Les résultats de l'ACP sont consignés dans les tableaux suivants :

Pourcentage de la variance après rotation Varima

	D1	D2
Variabilité (%)	12.326	9.897
% cumulé	12.326	22.223

Le graphique montre la projection des variables sur les deux premiers axes factorielles (qui représentent 22.2 % de la variabilité cumulée).



L'axe 1 oppose les individus qui ont des attitudes plutôt radicales («tout plaquer», «changer de métier, service ou employeur», se «mettre en colère», ...) à ceux qui ne réagissent pas de cette manière.

L'axe 2 oppose les individus qui, face aux problèmes, discutent et sociabilisent à ceux qui ne le font pas.

Sur les deux axes, apparaissent des individus avec des attitudes intermédiaires : "partir en vacances", "dormir", "manger", "boire un verre", "consulter", attitudes qui peuvent s'associer aussi bien à ceux qui "parlent" comme à ceux qui envisagent des solutions radicales.

On récupère les coordonnées des individus sur les deux axes comme variables composites des attitudes.

Ces variables seront utilisées pour expliquer les situations de burnout.

Corrélations entre les variables et les facteurs après rotation Varimax :

	D1	D2
Tout plaquer	69.3%	-9.3%
Allumer une cigarette	17.6%	4.1%
Boire un verre	25.2%	21.0%
Changer de métier	58.2%	-14.2%
Changer de service	25.9%	12.5%
Changer d'employeur	50.6%	2.0%
Consulter un médecin ou un psychologue	23.8%	16.6%
Dormir	41.5%	28.3%
En parler avec des amis	7.5%	67.2%
En parler avec vos collègues	-24.1%	51.2%
En parler avec votre conjoint	-4.3%	61.4%
Manger	22.3%	23.1%
Partir en vacances	37.6%	30.9%
Rentrer chez vous jusqu'au lendemain	42.6%	16.8%
Vous défouler en faisant du sport	-9.0%	40.9%
Vous mettre en colère	42.5%	20.2%
Vous taire et faire comme si de rien n'était	6.0%	-8.8%

D'après Catherine Vassey (nous avons souligné les phrases qui ont trait aux questions posées :

On ne "tombe" pas en burnout comme on attraperait un rhume ou une grippe. Au contraire, les symptômes apparaissent progressivement, au fil des semaines, ce qui les rend d'autant plus difficiles à détecter, a fortiori pour la personne concernée.

Pourtant, certains signes devraient alerter rapidement.

Fatiguée nerveusement, la personne devient irritable, avec son entourage professionnel mais aussi avec ses proches. Elle répond sèchement, s'énervé pour peu de choses, s'impatiente si on n'obtempère pas dans la minute à ce qu'elle nous a demandé.

Des problèmes de sommeil peuvent se manifester. Bien que fatiguée, la personne souffre d'insomnies ou, tout simplement, dort mal et a la sensation que son sommeil n'est pas réparateur.

La victime de *burnout* peut manifester un désir de changer de travail, bien qu'elle adore sa profession. C'est précisément ce que décrit le journaliste Thomas Knapp. "Je lisais occasionnellement les offres d'emploi. Je dois avoir senti qu'un changement serait salubre, pour moi et pour ma famille. J'ai donc répondu à deux ou trois annonces. Parmi celles-ci, il n'y avait pas de poste de journaliste. Je n'avais aucune raison d'échanger mon travail contre un travail dans une autre rédaction."

L'isolement constitue un autre symptôme : on a de moins en moins envie de discuter avec les collègues, on est moins disponible pour les autres. Par les force des choses, on ne voit presque plus ses proches mais, bizarrement, cela ne manque pas vraiment.

Les symptômes de stress classiques font également partie du tableau. Maux de ventre, problèmes de digestion, maux de tête, raideur de la nuque, yeux sensibles, difficulté à supporter le bruit... Ces signes ne sont pas anodins et devraient alerter.

L'une des constantes de cette pathologie, c'est que la victime refuse d'écouter ces signaux d'alerte. Or si elle n'y prête pas attention, la situation finit par prendre de l'ampleur et, un jour, c'est l'explosion. Elle peut se manifester à la fois sur les plans physique et psychique. Angoisse intense, effondrement émotionnel, sentiment d'être agressé, blocage du dos, problème cardiaque...

Au stade ultime, ces symptômes peuvent se transformer en véritable crise, qui peut conduire à se comporter de manière inappropriée au bureau ou, pire, à la tentative de suicide.

CatherineVaseyet Angelo Vicario« Burnout : le détecter et le prévenir ». Editions Jouvence, 2007.

Si l'analyse est juste, on devrait trouver une bonne corrélation entre les axes « Attitudes » et les scores de Maslach et de burnout calculés.

Matrice de corrélation (Pearson) :

Variables	Attitudes D1	Attitudes D2
Attitudes "radicales" (axe D1)	1	0.000
Attitudes "socialisantes" (axe D2)	0.000	1
Burnout cut-off points	0.248	-0.077
Burnout terciles	0.320	-0.102
Score d'Épuisement professionnel	0.444	-0.074
Score de Dépersonnalisation	0.259	-0.059
Score d'Accomplissement personnel	-0.226	0.109

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

p-values :

Variables	Attitudes D1	Attitudes D2
Attitudes "radicales" (axe D1)	0	1.000
Attitudes "socialisantes" (axe D2)	1.000	0
Burnout cut-off points	< 0.0001	0.001
Burnout terciles	< 0.0001	< 0.0001
Score d'Épuisement professionnel	< 0.0001	0.001
Score de Dépersonnalisation	< 0.0001	0.007
Score d'Accomplissement personnel	< 0.0001	< 0.0001

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

Toutes les corrélations sont statistiquement significatives à 1 %.

- Les « attitudes radicales » (la variable synthétique représentée par l'axe D1-horizontal dans le graphique-) sont positivement corrélées avec les Score d'Épuisement Professionnel et le Score de Dépersonnalisation. Elles sont négativement corrélées avec le Score d'Accomplissement Personnel.
- De ce fait, les « attitudes radicales » sont bien corrélées positivement et significativement avec les deux indicateurs de burnout (cut-off points et terciles).
- Les « attitudes de socialisation » (la variable synthétique représentée par l'axe D2-vertical dans le graphique-) sont négativement corrélées avec le Score d'Épuisement Professionnel et le Score de Dépersonnalisation. Elles sont positivement corrélées avec le Score d'Accomplissement Personnel.
- De ce fait, les « attitudes de socialisation » sont bien corrélées négative et significativement avec les deux indicateurs de burnout (cut-off pointset terciles).

- Bien sûr et par construction, les deux variables synthétiques sont orthogonales (corrélation nulle et par conséquent absence de multi-colinéarité) et donc utilisables comme variables explicatives en équations économétriques.

Les liens entre situation matrimoniale et scores de Maslach

a) Les scores selon cut-off points

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Épuisement personnel-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	125	73	34	232
divorcé(e) / séparé(e)	79	24	22	125
en couple	254	96	64	414
marié(e)	290	120	76	486
veuf/ veuve	10	2	3	15
Total	758	315	199	1272

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'épuisement personnel-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	53.879	31.466	14.655	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	63.200	19.200	17.600	100.000
en couple	61.353	23.188	15.459	100.000
marié(e)	59.671	24.691	15.638	100.000
veuf/ veuve	66.667	13.333	20.000	100.000
Total	59.591	24.764	15.645	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	9.505
Chi² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.302
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil

alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 30.15%.

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	149	57	26	232
divorcé(e) / séparé(e)	87	27	11	125
en couple	251	111	52	414
marié(e)	312	121	53	486
veuf/ veuve	10	4	1	15
Total	809	320	143	1272

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	64.224	24.569	11.207	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	69.600	21.600	8.800	100.000
en couple	60.628	26.812	12.560	100.000
marié(e)	64.198	24.897	10.905	100.000
veuf/ veuve	66.667	26.667	6.667	100.000
Total	63.601	25.157	11.242	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	4.116
Chi² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.847
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil

alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 84.65%.

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	86	52	94	232
divorcé(e) / séparé(e)	32	23	70	125
en couple	124	107	183	414
marié(e)	163	122	201	486
veuf/ veuve	6	5	4	15
Total	411	309	552	1272

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :				
	1	2	3	Total
célibataire	37.069	22.414	40.517	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	25.600	18.400	56.000	100.000
en couple	29.952	25.845	44.203	100.000
marié(e)	33.539	25.103	41.358	100.000
veuf/ veuve	40.000	33.333	26.667	100.000
Total	32.311	24.292	43.395	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	14.267
Chi² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.075
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil

alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 7.51%.

- Il ne semble pas avoir un quelconque lien entre la situation matrimoniale et les scores de burnout calculés à partir des *cut-off points*.

- Toutefois, il apparaît un faible lien entre Score d'Accomplissement Personnel (SAP) et la situation matrimoniale des répondants

b) Les scores selon terciles

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Épousement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	95	132	126	353
divorcé(e) / séparé(e)	69	57	47	173
en couple	226	205	188	619
marié(e)	237	223	222	682
veuf/ veuve	7	9	10	26
Total	634	626	593	1853

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Épousement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	26.912	37.394	35.694	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	39.884	32.948	27.168	100.000
en couple	36.511	33.118	30.372	100.000
marié(e)	34.751	32.698	32.551	100.000
veuf/ veuve	26.923	34.615	38.462	100.000
Total	34.215	33.783	32.002	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi ² (Valeur observée)	13.949
Khi ² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.063
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 8.31%.

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	108	122	127	357
divorcé(e) / séparé(e)	76	65	48	189
en couple	209	214	223	646
marié(e)	250	233	232	715
veuf/ veuve	7	10	6	23
Total	650	644	636	1930

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	30.252	34.174	35.574	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	40.212	34.392	25.397	100.000
en couple	32.353	33.127	34.520	100.000
marié(e)	34.965	32.587	32.448	100.000
veuf/ veuve	30.435	43.478	26.087	100.000
Total	33.679	33.368	32.953	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi ² (Valeur observée)	10.260
Khi ² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.247
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 24.72%.

Effectifs observés (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	114	94	101	309
divorcé(e) / séparé(e)	40	41	71	152
en couple	170	186	182	538
marié(e)	208	209	198	615
veuf/ veuve	7	9	8	24
Total	539	539	560	1638

Pourcentages / Ligne (25 Quelle est votre situation matrimoniale ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
célibataire	36.893	30.421	32.886	100.000
divorcé(e) / séparé(e)	26.316	26.974	46.711	100.000
en couple	31.599	34.572	33.829	100.000
marié(e)	33.821	33.984	32.195	100.000
veuf/ veuve	29.167	37.500	33.333	100.000
Total	32.906	32.906	34.188	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi ² (Valeur observée)	14.983
Khi ² (Valeur critique)	15.507
DDL	8
p-value	0.059
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 5.95%.

- Il ne semble pas y avoir de lien entre la situation matrimoniale et les scores de burnout calculés à partir des terciles.
- Toutefois, il apparaît un faible lien entre Score d'Accomplissement Personnel (SAP) et la situation matrimoniale des répondants
- Il est nécessaire de confirmer ces premières mesures d'association avec une analyse économétrique plus poussée.

Les liens entre nombre d'enfants à la maison et scores de Maslach

a) Les scores selon cut-off points

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	318	143	71	532
1	176	60	54	290
2	179	79	48	306
3	61	24	22	107
4	16	4	4	24
5 et plus	8	5	0	13
Total	758	315	199	1272

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	59.774	26.880	13.346	100.000
1	60.690	20.690	18.621	100.000
2	58.497	25.817	15.686	100.000
3	57.009	22.430	20.561	100.000
4	66.667	16.667	16.667	100.000
5 et plus	61.538	38.462	0.000	100.000
Total	59.591	24.764	15.645	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	12.453
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.253
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Étant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 25.34%.

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	345	128	59	532
1	180	73	37	290
2	190	88	28	306
3	68	22	17	107
4	18	4	2	24
5 et plus	8	5	0	13
Total	809	320	143	1272

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	64.850	24.060	11.090	100.000
1	62.069	25.172	12.759	100.000
2	62.092	28.758	9.150	100.000
3	63.551	20.561	15.888	100.000
4	75.000	16.667	8.333	100.000
5 et plus	61.538	38.462	0.000	100.000
Total	63.601	25.157	11.242	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	10.670
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.384
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Étant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 38.38%.

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	168	124	240	532
1	109	65	116	290
2	135	78	135	306
3	31	29	47	107
4	6	8	10	24
5 et plus	4	5	4	13
Total	411	309	552	1272

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	31.579	23.308	45.113	100.000
1	37.586	22.414	40.000	100.000
2	30.392	25.490	44.118	100.000
3	28.972	27.103	43.925	100.000
4	25.000	33.333	41.667	100.000
5 et plus	30.769	38.462	30.769	100.000
Total	32.311	24.292	43.395	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	8.424
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.587
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Étant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 58.75%.

- Il ne semble pas y avoir de lien entre le nombre d'enfants à la maison et les scores de burnout calculés à partir des *cut-off points*.

b) Les scores selon terciles

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	271	281	239	791
1	154	125	155	434
2	135	151	142	428
3	54	52	43	149
4	13	11	10	34
5 et plus	7	6	4	17
Total	634	626	593	1853

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	34.260	35.525	30.215	100.000
1	35.484	28.802	35.714	100.000
2	31.542	35.280	33.178	100.000
3	36.242	34.899	28.859	100.000
4	38.235	32.353	29.412	100.000
5 et plus	41.176	35.294	23.529	100.000
Total	34.215	33.783	32.002	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	9.703
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.467
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 46.59%.

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	267	296	261	824
1	156	143	160	459
2	135	153	149	437
3	63	41	51	155
4	21	7	8	36
5 et plus	8	4	7	19
Total	650	644	636	1930

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	32.403	35.922	31.675	100.000
1	33.987	31.155	34.858	100.000
2	30.892	35.011	34.096	100.000
3	40.645	26.452	32.903	100.000
4	58.333	19.444	22.222	100.000
5 et plus	42.105	21.053	36.842	100.000
Total	33.679	33.368	32.953	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	20.799
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.023
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 2.25%.

Effectifs observés (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Accompagnement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	223	230	254	707
1	143	125	112	380
2	121	121	126	368
3	38	45	52	135
4	8	10	12	30
5 et plus	6	8	4	18
Total	539	539	560	1638

Pourcentages / Ligne (26 Combien de vos enfants vivent actuellement à la maison ? / Score d'Accompagnement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
aucun	31.542	32.532	35.926	100.000
1	37.632	32.895	29.474	100.000
2	32.880	32.880	34.239	100.000
3	28.148	33.333	38.519	100.000
4	26.667	33.333	40.000	100.000
5 et plus	33.333	44.444	22.222	100.000
Total	32.906	32.906	34.188	100.000

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	9.917
Chi² (Valeur critique)	18.307
DDL	10
p-value	0.448
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 44.78%.

- Il ne semble pas y avoir de lien entre le nombre d'enfants à la maison et les scores de burnout calculés à partir des terciles.
- Il est nécessaire de confirmer ces premières mesures d'association avec une analyse économétrique plus poussée.

Le modèle de base : le genre, l'âge, la situation matrimoniale et la profession du répondant

On utilise deux types de modélisation selon la nature de la variable à expliquer. Dans le cas des scores de Maslach, on peut considérer que les échelles sont composées de données continues. Dans ce cas, la méthode MCO s'avère pertinente. En revanche, le burnout est une variable dichotomique, du type 1/0 (discrète) et sa modélisation requiert l'utilisation d'équations de type Logit.

Le premier modèle économétrique teste des variables de base : l'influence de l'âge, du genre, de la situation matrimoniale, du nombre d'enfants à la maison et de la profession des répondants sur les scores de burnout.

MCO - Robust				Logit - Robust		
VARIABLES	Score d'Épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel	VARIABLES	Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	10.48*** (1.550)	3.367*** (0.610)	38.74*** (1.317)	Constant	-4.675*** (0.658)	-2.739*** (0.327)
23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-2.291** (0.915)	0.148 (0.390)	0.829 (0.727)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.549 (0.424)	-0.299 (0.246)
qst24 = 18-25 ans				qst24 = 18-25 ans		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst24 = 26-30 ans	1.134 (1.027)	0.0134 (0.436)	0.908 (0.763)	qst24 = 26-30 ans	0.105 (0.390)	0.152 (0.235)
qst24 = 31-35 ans	0.199 (1.143)	-0.0297 (0.470)	-0.159 (0.866)	qst24 = 31-35 ans	0.293 (0.403)	0.126 (0.254)
qst24 = 36-40 ans	-0.186 (1.231)	-0.733 (0.515)	1.247 (0.937)	qst24 = 36-40 ans	0.341 (0.422)	0.0705 (0.267)
qst24 = 41-45 ans	-1.040 (1.173)	-0.807* (0.477)	1.863** (0.874)	qst24 = 41-45 ans	0.0436 (0.416)	0.00904 (0.265)
qst24 = 46-50 ans	-0.474 (1.275)	-0.486 (0.530)	1.101 (1.013)	qst24 = 46-50 ans	0.340 (0.437)	0.142 (0.272)
qst24 = 51-55 ans	-0.482 (1.276)	-1.518*** (0.477)	2.235** (0.948)	qst24 = 51-55 ans	-0.675 (0.551)	-0.202 (0.292)
qst24 = 56 ans et plus	-0.767 (1.389)	-1.666*** (0.549)	1.897** (0.947)	qst24 = 56 ans et plus	0.262 (0.496)	0.105 (0.308)
qst254 = en couple ou mariés				qst254 = en couple ou mariés		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst25 = célibataire	1.910** (0.761)	0.311 (0.316)	-0.605 (0.584)	qst25 = célibataire	0.299 (0.243)	0.220 (0.162)
qst25 = divorcé(e) / séparé(e)	-1.031 (1.050)	-0.176 (0.396)	1.025 (0.844)	qst25 = divorcé(e) / séparé(e)	-0.110 (0.352)	-0.376 (0.240)
qst25 = veuf/ veuve	2.430 (2.693)	0.186 (0.894)	-0.364 (1.946)	qst25 = veuf/ veuve	0.196 (0.762)	-0.523 (0.627)
qst26 = aucun enfant à la maison				qst26 = aucun enfant à la maison		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst26 = 1 enfant à la maison	1.474* (0.816)	0.286 (0.319)	-1.493** (0.605)	qst26 = 1 enfant à la maison	0.478* (0.263)	0.110 (0.171)
qst26 = 2 enfants à la maison	1.165 (0.824)	0.0479 (0.340)	-0.664 (0.667)	qst26 = 2 enfants à la maison	0.406 (0.298)	0.107 (0.191)
qst26 = 3 enfants à la maison	0.361 (1.175)	0.108 (0.482)	-0.233 (0.990)	qst26 = 3 enfants à la maison et plus	0.804** (0.350)	0.150 (0.246)
qst26 = 4 enfants à la maison	2.991 (2.697)	-1.373* (0.722)	1.146 (1.468)			
qst26 = 5 enfants à la maison et plus	-0.0301 (2.659)	-0.607 (0.928)	-3.562 (2.758)			
qst29 = médecin tout type				qst29 = tous les autres		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst29 = agent des services hospitaliers	7.001*** (1.439)	2.486*** (0.560)	-5.298*** (1.273)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.836*** (0.606)	1.417*** (0.306)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	6.731*** (1.335)	2.041*** (0.517)	-3.416*** (1.195)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1.934*** (0.596)	1.519*** (0.291)
qst29 = assistant(e) de soins en gériologie	1.515 (2.375)	2.450** (1.180)	-0.294 (2.054)			
qst29 = cadre infirmier	3.402 (2.715)	2.533** (1.157)	0.530 (1.755)			
qst29 = ergothérapeute	1.007 (2.097)	0.0916 (0.826)	0.167 (1.572)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur / trice	-0.767 (1.981)	0.318 (0.823)	-2.441 (1.851)			
qst29 = infirmier(e)	4.670*** (1.424)	1.362** (0.559)	-2.691** (1.247)	qst29 = infirmier(e)	1.306** (0.664)	1.081*** (0.324)
qst29 = kinésithérapeute salarié	7.918*** (2.328)	3.036*** (1.130)	-0.683 (1.531)	qst29 = kinésithérapeute salarié	2.721*** (0.822)	1.611*** (0.525)
qst29 = psychologue	-1.705 (1.820)	-0.896 (0.673)	2.716** (1.383)			
qst29 = psychomotricien	-1.671 (2.524)	-1.922*** (0.743)	0.0132 (1.607)			
Observations	1 618	1 704	1 450	Observations	1 553	1 553
R-squared	0.060	0.048	0.065	Pseudo R-squared	0.0541	0.034
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Les enseignements du modèle de base :

- Genre : le fait d'être un homme diminue de manière statistiquement significative le SEP d'un peu plus de 2 points (ou, ce qui revient à dire que le fait d'être une femme augmente de manière statistiquement significative le SEP d'un peu plus de 2 points). Ceci peut s'interpréter comme l'existence d'une résilience relativement plus importante de la part des hommes par rapport aux femmes. En revanche, il ne semble pas y avoir un effet significatif lorsqu'il s'agit des SD et SAP. Bien évidemment, l'absence de significativité dans ces deux derniers scores entraîne une non significativité dans l'impact du genre sur les variables du burnout (équations Logit).

Quoi qu'il en soit, la littérature montre une diversité de résultats concernant le genre :

Gender differences has a great impact on burnout, for example, Lau, Yuen, and Chan (2005) found out that gender differences in all three burnout syndromes. Carlson, Anson, and Thomas (2003) found out that women correctional officers demonstrated a greater sense of job-related personal achievement and accomplishment than their men counterparts. But there were no significant difference on emotional exhaustion and depersonalization. Lackritz (2004) illustrated that female faculty members showed higher mean scores than their male counterparts on the emotional exhaustion. Some other studies have depicted that female workers exhibited higher emotional exhaustion and depersonalization but males showed higher personal accomplishment (Maslach et al., 1996; Kumar et al., 2007; Hogan & McKnight, 2007). But some studies showed that male employees suffer from higher emotional exhaustion and depersonalization than their female counterparts and moreover, female employees have higher personal accomplishment than males (Unterbrink et al., 2007; Cushway, Tyler, & Nolan, 1996). Some researchers noted that gender has not impact of burnout (Rice, 1998; Zhao & Bi, 2003; Kim, Lee, & Kim, 2009; Zhongying, 2008).

...

The results of independent samples t- test showed that there was significant difference in scores of emotional exhaustion for males and females. Also results demonstrated that there was significant difference in scores of personal accomplishment for males and females. Female employees showed significantly higher mean scores on emotional exhaustion in comparison to their male counterparts and also males obtained higher mean scores of personal accomplishment in comparison to females. But results did not emerge a significant difference in scores of depersonalization for males and females. The results of the current research are in conformity with the research of Lackritz (2004); Maslach et al. (1996); Kumar et al. (2007); Hogan & McKnight (2007). In a study Lackritz (2004) concluded that female faculty members showed higher mean scores than their male counterparts on the emotional exhaustion. Female employees are more vulnerable against occupational stress and job strain which these lead to burnout and in female sample emotional exhaustion is more obvious than males, so this issue can justify that females and males body and mentally structure is totally different when stress occurs and moreover, stress coping strategies might be different between two groups i.e. female use more from emotional task orientation while males focus on task problem orientation, furthermore males have better personal accomplishment at work than their counterparts.

BaqerKord « Influence of Socio - Demographic Factors on Job Burnout of Standard and Industry Employees». Journal of the Indian Academy of Applied Psychology July 2012, Vol.38, No.2, 344-351.

L'article cité de BaqerKord trouve donc une différence significative de genre pour le SEP et pas significative pour le SD (résultats semblables aux nôtres). En revanche, l'étude citée montre une influence significative du genre sur le SAP (résultat différent de notre modélisation).

Une autre étude intéressante:

... One Keeping in view the predictions, it was found that there is no significant difference between males and females on the burnout scale ($F = 0.095$, $p > 0.01$) as well as on the three subscales of burnout [for EE (Emotional Exhaustion), $F = 0.296$, $p > 0.01$; for DP (Depersonalization), $F = 0.040$, $p > 0.01$; for PA (Personal Accomplishment), $F = 3.089$, $p > 0.01$], thus rejecting our hypothesis ...

... One personal factor that has been the object of increasing attention is sex. Several writers have asserted that women are more at risk for burnout than men (Levine, 1981; Pines, Aronson & Kafry, 1981; Ryerson & Marks, 1981). Several arguments have been marshalled in support of this conclusion. One is that as a consequence of sex-role socialization, women are more likely to get emotionally involved with the problems of their clients or patients and thus to overextend themselves emotionally. A second argument has been that women are more likely to enter "people-work" occupations (such as nursing, teaching, and counseling) and are thus more at risk for burnout. Furthermore, they are more likely to be in positions involving direct contact with people (such as "front-line" staff) and less likely to be in higher level administrative positions. A third argument has been that women are more likely than men to be responsible for the emotional needs of their family and thus are faced with a double dose of the strain of caring for others (both at home and on the job). Although these ideas are interesting, they have not received much of an empirical test. Indeed, there has been a noticeable lack of research on the general topic of sex differences in job stress (Haw, 1982). Thus, the current research goal was to determine if there are any significant sex differences with respect to burnout and, if so, what might account for them. When looking at the extent of burnout within this sample of HIV/AIDS counselors we found out that there is no significant difference on the measure of burnout as well as on different subscales of burnout. Based on the results, the mean score on the burnout scale for females was greater than that of males, as the literature stated. Females reportedly scored high on the measure of Emotional exhaustion whereas males scored high on the measure of depersonalization. Pretty, McCarthy and Catano (1992) studied the effects of psychological environment, job level, and gender on burnout among employees. They found that women experienced more emotional exhaustion and depersonalization. On the third measure of personal accomplishment results were different from that in the literature with females scoring greater than males. In a study by Benbow and Jolley in 1999, there were gender differences with male psychiatrists finding time spent travelling and following up clients in the community more stressful, while female psychiatrists were more stressed by longer total working hours, seeing relatives, ward consultations and commitment to hospital based outpatient clinics (Benbow & Jolley, 1999). Some studies show higher burnout for women, some show higher scores for men, and others find no overall differences. The one small but consistent sex difference is that males often score higher on depersonalization. There is also a tendency in some studies for women to score a little higher on exhaustion. These

results could be related to gender role stereotypes, but they may also reflect the confounding of sex with occupation, e.g. police officers are more likely to be male; nurses are more likely to be female (Leiter, Maslach&Schaufeli, 2001). Based on the literature to date, we believe the burnout phenomenon deserves more attention by researchers. Burnout appears to be a unique type of stress syndrome, which includes perceptions of emotional exhaustion, a dehumanization of clients in one's work, and perceptions of diminished personal accomplishment, and it has been clearly distinguished, both theoretically and empirically, from other forms of stress (Cordes& Dougherty,1993). Burnout can be measured in a consistent and valid fashion. A developing literature on burnout has begun to elucidate the position of burnout in the context of organizational behavior. Burnout is not a difficulty of individuals but of the social environment in which they work. Workplaces shape how people interact with one another and how they carry out their jobs. When the workplace does not recognize the human side of work, and there are major mismatches between the nature of the job and the nature of people, there will be a greater risk of burnout. A good perceptive of burnout, its dynamics, and what to do to overcome it is therefore an essential part of staying true to the pursuit of a noble cause, and keeping the flame of sympathy and commitment burning brightly.

Coral Manhas and Arti Bakhshi « Gender Differences in Burnout among HIV/AIDS Counselors in North India ». *Public Policy and Administration Research* www.iiste.org ISSN 2224-5731(Paper) ISSN 2225-0972(Online) Vol.1, No.1, 2011.

L'article cité de Manhas et Bakhshi trouve son intérêt non pas dans la significativité des différences de genre dans le burnout (en fait, ils n'en trouvent aucune) mais dans l'importance centrale du type d'organisation du travail comme déterminant in fine des différences. En fait, les auteurs ne cherchent pas à trouver une « loi immuable » par rapport au genre : l'impact peut (et devrait) être différent selon la nature de l'organisation sociale du travail.

Pour finir, selon les « pères fondateurs » :

The demographic variable of sex has not been a strong predictor of burnout(despite some arguments that burnout is more of a female experience). Some studies show higher burnout for women, some show higher scores for men, and others find no overall differences. The one small but consistent sex difference is that males often score higher on cynicism. There is also a tendency in some studies for women to score slightly higher on exhaustion. These results could be related to gender role stereotypes, but they may also reflect the confounding of sex with occupation (e.g. police officers are more likely to be male, nurses are more likely to be female).

Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, and Michael P. Leiter « Job Burnout ». *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52:397–422.

- Age : les résultats des estimations économétriques montrent une absence d'effet de l'âge sur le SEP. En revanche plus l'individu est âgé plus on descend dans l'échelle du SD. L'effet contraire apparaît si l'on regarde le SAP. En revanche, il n'apparaît aucun effet de l'âge sur les variables de burnout (aussi bien sûr celle calculée à partir des *cut-off points* comme celle calculée à partir des terciles). Ce résultat semble très cohérent avec la littérature :

The aim of present study is to explore the influence of socio - demographic factors on job burnout in a sample of Standard and Industry Organization in Zahedan (Iran), where they are working under strain and stress. So, we will discuss on the obtained results from the current research. Results from first objective of the research showed that there was statistically difference in emotional exhaustion scores for the three age groups, the second group: 31 to 40 years old showed higher mean scores in comparison to first the group: 21 to 30, but there was no significant difference between three groups on depersonalization and personal accomplishment. The results of the current study are in consistent with the research of Maslach and Jackson (1981); Schaufeli&Enzmann (1998); Maslach, Schaufeli&Leiter (2001); Croom (2003). Maslach and Jackson (1981) revealed that younger people scored higher than old people on Depersonalization and Emotional Exhaustion but older people scored higher on Personal Accomplishment than younger ones. It seems that burnout decrease with age especially emotional exhaustion decreases and personal accomplishment increases.

BaqerKord « Influence of Socio - Demographic Factors on Job Burnout of Standard and Industry Employees». Journal of the Indian Academy of Applied Psychology July 2012, Vol.38, No.2, 344-351.

- Situation matrimoniale : le fait d'être célibataire est positivement et significativement corrélé avec le SEP, en comparaison avec le fait d'être marié. Toutes les autres variables utilisées ne sont pas significatives pour prédire correctement le burnout. Toutefois, ce résultat semble être cohérent avec la littérature sur le sujet.

With regard to marital status, those who are unmarried (especially men) seem to be more prone to burnout compared with those who are married. Singles seem to experience even higher burnout levels than those who are divorced.

Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, and Michael P. Leiter« Job Burnout ». Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397-422.

- La profession du répondant : De toutes les caractéristiques structurelles des individus, celles qui expliquent le mieux le burnout et ses composantes sont celles qui ont trait aux professions exercées. En effet, plus les professions se trouvent en bas de l'échelle et en contact direct avec les malades, plus on constate des effets de burnout. Ainsi, les agents des services hospitaliers, les aides-soignants, les infirmiers et les kinésithérapeutes subissent ce phénomène :SEPet SD significativement élevés et SAP significativement faible. Compte tenu de ces impacts, ces professions sont statistiquement positives et significatives pour expliquer le burnout dans ces deux versions (modèles Logit).

En revanche, les cadres infirmier, les infirmiers coordonnateurs, les ergothérapeutes et les psychologues ne semblent pas être affectés par le burnout. Leurs paramètres ne sont pas statistiquement différents de ceux des médecins utilisés comme référence.

Les liens entre profession et Burnout

a) Le Burnout selon cut-off points

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Burnout selon cut-off points :			
	Non	Oui	Total
agent des services hospitaliers	312	35	347
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	732	81	813
assistant(e) de soins en gériologie	15	0	15
cadre infirmier	28	0	28
ergothérapeute	25	1	26
infirmier(e) coordonnateur/-trice	41	2	43
infirmier(e)	267	13	280
kinésithérapeute salarié	27	4	31
médecin coordonnateur Clinique	6	0	6
médecin coordonnateur EHPAD	14	0	14
médecin salarié	23	0	23
psychologue	53	1	54
psychomotricien	17	0	17
Total	1560	137	1697

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Burnout selon cut-off points :			
	Non	Oui	Total
agent des services hospitaliers	89.91	10.09	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	90.04	9.96	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	100.00	0.00	100.00
cadre infirmier	100.00	0.00	100.00
ergothérapeute	96.15	3.85	100.00
infirmier(e) coordonnateur/-trice	95.35	4.65	100.00
infirmier(e)	95.36	4.64	100.00
kinésithérapeute salarié	87.10	12.90	100.00
médecin coordonnateur Clinique	100.00	0.00	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	100.00	0.00	100.00
médecin salarié	100.00	0.00	100.00
psychologue	98.15	1.85	100.00
psychomotricien	100.00	0.00	100.00
Total	91.93	8.07	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi ² (Valeur observée)	24.389
Khi ² (Valeur critique)	21.026
DDL	12
p-value	0.018
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 1.80 %.

b) Le Burnout selon terciles

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Burnout selon terciles :			
	Non	Oui	Total
agent des services hospitaliers	270	77	347
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	512	201	813
assistant(e) de soins en gériologie	13	2	15
cadre infirmier	22	6	28
ergothérapeute	25	1	26
infirmier(e) coordonnateur/-trice	38	5	43
infirmier(e)	234	46	280
kinésithérapeute salarié	22	9	31
médecin coordonnateur Clinique	5	1	6
médecin coordonnateur EHPAD	14	0	14
médecin salarié	22	1	23
psychologue	53	1	54
psychomotricien	17	0	17
Total	1347	350	1697

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Burnout selon terciles :			
	Non	Oui	Total
agent des services hospitaliers	77.81	22.19	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	75.28	24.72	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	86.67	13.33	100.00
cadre infirmier	78.57	21.43	100.00
ergothérapeute	96.15	3.85	100.00
infirmier(e) coordonnateur/-trice	88.37	11.63	100.00
infirmier(e)	83.57	16.43	100.00
kinésithérapeute salarié	70.97	29.03	100.00
médecin coordonnateur Clinique	83.33	16.67	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	100.00	0.00	100.00
médecin salarié	95.65	4.35	100.00
psychologue	98.15	1.85	100.00
psychomotricien	100.00	0.00	100.00
Total	79.38	20.62	100.00

Khi ² (Valeur observée)	45.365
Khi ² (Valeur critique)	21.026
DDL	12
p-value	<0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01 %.

Les liens entre profession et scores de Maslach

a) Les scores selon cut-off points

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	183	121	71	375
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	459	221	174	854
assistant(e) de soins en gériologie	13	5	0	18
cadre infirmier	16	10	2	28
ergothérapeute	22	3	2	27
infirmier(e) coordonnateur/-trice	34	7	2	43
infirmier(e)	184	73	35	292
kinésithérapeute salarié	18	9	6	33
médecin coordonnateur Clinique	5	1	0	6
médecin coordonnateur EHPAD	14	0	0	14
médecin salarié	18	5	0	23
psychologue	50	4	2	56
psychomotricien	14	2	1	17
Total	1030	461	295	1786

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score d'épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	48.80	32.27	18.93	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	53.75	25.88	20.37	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	72.22	27.78	0.00	100.00
cadre infirmier	57.14	35.71	7.14	100.00
ergothérapeute	81.48	11.11	7.41	100.00
infirmier(e) coordonnateur/-trice	79.07	16.28	4.65	100.00
infirmier(e)	63.01	25.00	11.99	100.00
kinésithérapeute salarié	54.55	27.27	18.18	100.00
médecin coordonnateur Clinique	83.33	16.67	0.00	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	100.00	0.00	0.00	100.00
médecin salarié	78.26	21.74	0.00	100.00
psychologue	89.29	7.14	3.57	100.00
psychomotricien	82.35	11.76	5.88	100.00
Total	57.67	25.81	16.52	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi² (Valeur observée)	93.831
Khi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	215	113	55	383
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	557	249	107	913
assistant(e) de soins en gériologie	7	8	1	16
cadre infirmier	17	8	5	30
ergothérapeute	20	6	1	27
infirmier(e) coordonnateur/-trice	33	9	3	45
infirmier(e)	198	75	24	297
kinésithérapeute salarié	19	8	7	34
médecin coordonnateur Clinique	8	2	0	10
médecin coordonnateur EHPAD	15	1	0	16
médecin salarié	18	3	2	23
psychologue	49	6	2	57
psychomotricien	17	1	0	18
Total	1173	489	207	1869

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	56.14	29.50	14.36	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	61.01	27.27	11.72	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	43.75	50.00	6.25	100.00
cadre infirmier	56.67	26.67	16.67	100.00
ergothérapeute	74.07	22.22	3.70	100.00
infirmier(e) coordonnateur/-trice	73.33	20.00	6.67	100.00
infirmier(e)	66.67	25.25	8.08	100.00
kinésithérapeute salarié	55.88	23.53	20.59	100.00
médecin coordonnateur Clinique	80.00	20.00	0.00	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	93.75	6.25	0.00	100.00
médecin salarié	78.26	13.04	8.70	100.00
psychologue	85.96	10.53	3.51	100.00
psychomotricien	94.44	5.56	0.00	100.00
Total	62.76	26.16	11.08	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi² (Valeur observée)	57.488
Khi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	0.000
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	141	70	115	326
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	271	198	304	773
assistant(e) de soins en gériologie	4	2	6	12
cadre infirmier	4	3	19	26
ergothérapeute	3	7	13	23
infirmier(e) coordonnateur/-trice	9	10	18	37
infirmier(e)	80	69	108	257
kinésithérapeute sa arié	8	10	14	32
médecin coordonnateur Clinique	1	1	7	9
médecin coordonnateur EHPAD	2	3	10	15
médecin salarié	4	7	12	23
psychologue	4	12	37	53
psychomotricien	4	6	10	20
Total	535	398	673	1606

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	43.25	21.47	35.28	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	35.06	25.61	39.33	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	33.33	16.67	50.00	100.00
cadre infirmier	15.38	11.54	73.08	100.00
ergothérapeute	13.04	30.43	56.52	100.00
infirmier(e) coordonnateur/-trice	24.32	27.03	48.65	100.00
infirmier(e)	31.13	26.85	42.02	100.00
kinésithérapeute sa arié	25.00	31.25	43.75	100.00
médecin coordonnateur Clinique	11.11	11.11	77.78	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	13.33	20.00	66.67	100.00
médecin salarié	17.39	30.43	52.17	100.00
psychologue	7.55	22.64	69.81	100.00
psychomotricien	20.00	30.00	50.00	100.00
Total	33.31	24.78	41.91	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Khi² (Valeur observée)	68.917
Khi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.
Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Les liens entre profession et scores de Maslach

b) Les scores selon terciles

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	121	115	139	375
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	283	263	308	854
assistant(e) de soins en gériologie	8	5	5	18
cadre infirmier	13	7	8	28
ergothérapeute	15	9	3	27
infirmier(e) coordonnateur / -trice	26	10	7	43
infirmier(e)	112	97	83	292
kinésithérapeute salarié	7	13	13	33
médecin coordonnateur Clinique	4	1	1	6
médecin coordonnateur EHPAD	12	2	0	14
médecin salarié	10	11	2	23
psychologue	36	16	4	56
psychomotricien	11	4	2	17
Total	658	553	575	1786

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score d'épuisement professionnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	32.27	30.67	37.07	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	33.14	30.80	36.07	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	44.44	27.78	27.28	100.00
cadre infirmier	46.43	25.00	28.57	100.00
ergothérapeute	55.56	33.33	11.11	100.00
infirmier(e) coordonnateur / -trice	60.47	23.26	16.28	100.00
infirmier(e)	38.36	33.22	28.42	100.00
kinésithérapeute salarié	21.21	39.39	39.39	100.00
médecin coordonnateur Clinique	66.67	16.67	16.67	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	85.71	14.29	0.00	100.00
médecin salarié	43.48	47.83	8.70	100.00
psychologue	64.29	28.57	7.14	100.00
psychomotricien	64.71	23.53	11.76	100.00
Total	36.84	30.96	32.19	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	97.822
Chi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	118	144	121	383
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	295	322	296	913
assistant(e) de soins en gériologie	3	6	7	16
cadre infirmier	10	11	9	30
ergothérapeute	12	11	4	27
infirmier(e) coordonnateur / -trice	23	12	10	45
infirmier(e)	102	121	74	297
kinésithérapeute salarié	5	17	12	34
médecin coordonnateur Clinique	4	5	1	10
médecin coordonnateur EHPAD	10	6	0	16
médecin salarié	14	4	5	23
psychologue	37	13	7	57
psychomotricien	13	4	1	18
Total	646	676	547	1869

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score de Dépersonnalisation-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	30.81	37.60	31.59	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	32.31	35.27	32.42	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	18.75	37.50	43.75	100.00
cadre infirmier	33.33	36.67	30.00	100.00
ergothérapeute	44.44	40.74	14.81	100.00
infirmier(e) coordonnateur / -trice	51.11	26.67	22.22	100.00
infirmier(e)	34.34	40.74	24.92	100.00
kinésithérapeute salarié	14.71	50.00	35.29	100.00
médecin coordonnateur Clinique	40.00	50.00	10.00	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	62.50	37.50	0.00	100.00
médecin salarié	60.87	17.39	21.74	100.00
psychologue	64.91	22.81	12.28	100.00
psychomotricien	72.22	22.22	5.56	100.00
Total	34.56	36.17	29.27	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	77.857
Chi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Effectifs observés (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	153	82	91	326
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	305	248	220	773
assistant(e) de soins en gériologie	4	4	4	12
cadre infirmier	5	9	12	26
ergothérapeute	5	6	12	23
infirmier(e) coordonnateur / -trice	10	12	15	37
infirmier(e)	86	94	77	257
kinésithérapeute sa arié	9	13	10	32
médecin coordonnateur Clinique	2	4	3	9
médecin coordonnateur EHPAD	2	5	8	15
médecin salarié	5	7	11	23
psychologue	5	14	34	53
psychomotricien	4	11	5	20
Total	595	509	502	1606

Pourcentages / Ligne (28 Quelle est votre profession ? / Score d'Accomplissement personnel-trois modalités) :

	1	2	3	Total
agent des services hospitaliers	46.93	25.15	27.91	100.00
aide médico-psychologique / aide soignant(e)	39.46	32.08	28.46	100.00
assistant(e) de soins en gériologie	33.33	33.33	33.33	100.00
cadre infirmier	19.23	34.62	46.15	100.00
ergothérapeute	21.74	26.09	52.17	100.00
infirmier(e) coordonnateur / -trice	27.03	32.43	40.54	100.00
infirmier(e)	33.46	36.58	29.96	100.00
kinésithérapeute sa arié	28.13	40.63	31.25	100.00
médecin coordonnateur Clinique	22.22	44.44	33.33	100.00
médecin coordonnateur EHPAD	13.33	33.33	53.33	100.00
médecin salarié	21.74	30.43	47.83	100.00
psychologue	9.43	26.42	64.15	100.00
psychomotricien	20.00	55.00	25.00	100.00
Total	37.05	31.69	31.26	100.00

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

Chi² (Valeur observée)	72.394
Chi² (Valeur critique)	36.415
DDL	24
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Le modèle "Freudien" : les traits de caractère et le burnout

On utilise dans ce modèle les variables issues des Scores de personnalité (question 42) : Oralité, Analité et Phallicité, tout en retenant les variables significatives du modèle de base.

MCO - Robust				Logit - Robust		
VARIABLES	Score d'épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel	VARIABLES	Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	17.62*** (3.335)	5.921*** (1.415)	31.90*** (2.720)	Constant	-2.595** (1.140)	-1.338* (0.747)
23 Vous êtes un homme?	-3.102** (1.251)	0.211 (0.615)	0.510 (0.990)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-1.259 (0.775)	-0.239 (0.369)
qst29 = médecin tout type				qst29 = tous les autres		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst29 = agent des services hospitaliers	7.835*** (1.718)	3.020*** (0.741)	-4.920*** (1.474)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.149* (0.654)	1.548*** (0.423)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	8.327*** (1.484)	2.720*** (0.641)	-3.960*** (1.305)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1.434** (0.590)	1.837*** (0.353)
qst29 = assistant(e) de soins en gériatrie	5.811** (2.855)	2.085* (1.118)	-4.836* (2.722)			
qst29 = cadre infirmier	3.216 (2.986)	2.209* (1.341)	-0.453 (1.615)			
qst29 = ergothérapeute	-0.854 (2.161)	0.510 (1.034)	0.606 (1.744)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur/-trice	1.911 (2.858)	1.624 (1.284)	-1.513 (1.764)			
qst29 = infirmier(e)	5.877*** (1.599)	1.686** (0.683)	-3.048** (1.399)	qst29 = infirmier(e)	0.720 (0.701)	1.156*** (0.429)
qst29 = kinésithérapeute salarié	9.948*** (2.806)	4.268*** (1.504)	-1.602 (1.744)	qst29 = kinésithérapeute salarié	2.147** (0.886)	2.158*** (0.667)
qst29 = psychologue	1.403 (2.377)	-0.209 (0.869)	3.318** (1.485)			
qst29 = psychomotricien	-4.707** (2.357)	-2.145*** (0.699)	0.0844 (1.915)			
qst40 = "Je séduis"				qst40 = "Je séduis"		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst40 = "J'obtiens"	0.333 (1.517)	0.391 (0.656)	2.986*** (1.061)	qst40 = "J'obtiens"	0.348 (0.596)	0.899** (0.432)
qst40 = "Je contrôle"	1.365 (1.417)	0.189 (0.636)	-2.294** (1.043)	qst40 = "Je contrôle"	0.232 (0.558)	0.686* (0.419)
Score d'Oralité	0.303*** (0.117)	0.141*** (0.0463)	-0.0867 (0.0803)	Score d'Oralité	0.0121 (0.0424)	0.0531** (0.0262)
Score d'Analité	-0.266* (0.137)	-0.244*** (0.0589)	0.357*** (0.101)	Score d'Analité	-0.0921* (0.0471)	-0.0742** (0.0306)
Score de Phallicité	-0.467*** (0.118)	-0.0659 (0.0504)	0.310*** (0.0841)	Score de Phallicité	0.0127 (0.0402)	-0.0994*** (0.0272)
Observations	789	819	742	Observations	774	774
R-squared	0.107	0.090	0.115	Pseudo R-squared	0.047	0.0873
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Les constats :

1. Le score d'Oralité est significatif et positivement corrélé avec le SEP et le SD. Il est significatif et positivement corrélé avec le burnout (version terciles, pas dans la version *cut-off points*). Il n'est pas significatif avec le SAP.
2. Le score d'Analité est significatif et négativement corrélé avec le SEP et le SD. Il est significatif et négativement corrélé avec le SAP. En ce qui concerne le burnout, il est significatif et négativement corrélé avec les deux versions du burnout.
3. Le score de Phallicité est significatif et négativement corrélé avec le SEP et significatif et négativement corrélé avec le SAP. Il est significatif et négativement corrélé avec le burnout (version terciles, pas dans la version *cut-off points*). Il n'est pas significatif avec le SD.
4. L'inclusion des scores de personnalité améliore significativement la qualité des ajustements économétriques du modèle de base

5. Même si la réussite se résumant à « J'obtiens » ou « Je contrôle » est uniquement significative pour expliquer le SD, elle explique très bien la probabilité de subir un burnout (version terciles). On pourrait l'interpréter de la manière suivante : si l'effort de contrôler ou d'obtenir, par rapport à la séduction, n'est pas accompagné d'une réussite complète, elle affecte sérieusement l'accomplissement personnel et augmente le risque de burnout.

En dehors des constats il nous est pratiquement impossible de commenter les raisons psychologiques qui expliquent ces résultats économétriques¹⁷.

Ces résultats mis à part, dont l'interprétation reste à faire, ces variables ne seront pas utilisées dans des équations car environ deux tiers des individus enquêtés a choisi de ne pas répondre à la question.

Le modèle "Attitudes" : les comportements face aux problèmes professionnels et le burnout

On utilise dans ce modèle les variables synthétiques calculées dans le point 5 du présent rapport (variables issues de l'ACP utilisant les réponses à la question 37), tout en retenant les variables significatives du modèle de base.

VARIABLES	MCO - Robust			VARIABLES	Logit - Robust	
	Score d'épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel		Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	12.27*** (1.201)	2.968*** (0.469)	39.07*** (1.038)	Constant	-3.966*** (0.497)	-2.442*** (0.258)
23 Vous êtes un homme?	-1.603** (0.789)	0.233 (0.362)	0.470 (0.708)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.445 (0.407)	-0.182 (0.231)
qst29 = médecin tout type	Modalité de référence			qst29 = tous les autres	Modalité de référence	
qst29 = agent des services hospitaliers	6.690*** (1.337)	2.666*** (0.539)	-4.859*** (1.166)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.530*** (0.533)	1.158*** (0.291)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	5.814*** (1.232)	1.984*** (0.484)	-3.151*** (1.062)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1.480*** (0.514)	1.219*** (0.271)
qst29 = assistant(e) de soins en gériologie	0.737 (1.869)	2.873** (1.259)	-0.631 (1.462)			
qst29 = cadre infirmier	2.954 (2.472)	2.705** (1.127)	1.401 (1.662)			
qst29 = ergothérapeute	1.102 (1.810)	0.672 (0.821)	-0.204 (1.412)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur / -trice	0.420 (1.927)	0.525 (0.796)	-2.572 (1.676)			
qst29 = infirmier(e)	3.720*** (1.281)	1.356*** (0.516)	-2.590** (1.117)	qst29 = infirmier(e)	0.767 (0.575)	0.793*** (0.303)
qst29 = kinésithérapeute salarié	7.157*** (1.984)	3.440*** (1.000)	-1.909 (1.544)	qst29 = kinésithérapeute salarié	2.182*** (0.713)	1.695*** (0.487)
qst29 = psychologue	-1.263 (1.479)	-0.531 (0.640)	2.107* (1.202)			
qst29 = psychomotricien	-0.124 (2.234)	-1.111 (0.693)	-0.993 (1.526)			
Axe 1 attitudes radicales	5.276*** (0.272)	1.280*** (0.129)	-1.850*** (0.210)	Axe 1 attitudes radicales	0.679*** (0.0778)	0.694*** (0.0625)
Axe 2 socialisation	-0.603** (0.254)	-0.132 (0.114)	0.569*** (0.210)	Axe 2 socialisation	-0.310*** (0.104)	-0.251*** (0.0683)
Observations	1 732	1 811	1 559	Observations	1 652	1 652
R-squared	0.246	0.100	0.095	Pseudo R-squared	0.1186	0.1143
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

¹⁷ On n'a pas trouvé de la bibliographie mettant en rapport les scores de personnalité et les scores de Maslach.

Les constats :

1. Les « attitudes radicales » sont positives et très significativement corrélées avec le SEP et le SD et négatives et très significativement corrélées avec le SAP. La variable est très significative pour expliquer la probabilité de l'existence du burnout dans les deux versions (équations Logit).
2. Les « attitudes de socialisation » sont négatives et très significativement corrélées avec le SEP et positives et très significativement corrélées avec le SAP. La variable n'apparaît pas significative pour expliquer le SD. La variable est très significative pour expliquer la probabilité de l'existence du burnout dans les deux versions (équations Logit).
3. Le modèle gagne en qualité avec l'inclusion de ces deux variables fortement explicatives.
4. Un seul bémol : la causalité. En effet, si l'on considère que ces variables sont des signes avant-coureurs d'une crise liée au burnout, le sens de la causalité est celle modélisée, autrement dit, la causalité va des attitudes aux scores et au burnout. En revanche, si les variables ne sont que des symptômes de l'existence du burnout, alors la causalité doit être inversée car c'est parce qu'on est en présence du burnout que les individus s'expriment de cette manière. Dans ce cas, les équations ne reproduisent pas la causalité et leur analyse est faussée¹⁸.

¹⁸Le spécialiste de l'Ecole de Mines doit trancher sur la question.

Le modèle "Religions" : les religions et le burnout

On introduit dans le modèle les modalités de la question 28, concernant les religions ou spiritualités pour tester leur impact sur les scores de burnout.

VARIABLES	MCO - Robust			VARIABLES	Logit - Robust	
	Score d'épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel		Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	13.12*** (1.318)	3.232*** (0.531)	38.14*** (1.128)	Constant	-3.653*** (0.523)	-2.483*** (0.299)
23 Vous êtes un homme?	-1.840** (0.806)	0.152 (0.379)	0.267 (0.756)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.695 (0.465)	-0.251 (0.249)
qst29 = médecin tout type				qst29 = tous les autres		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst29 = agent des services hospitaliers	5.744*** (1.427)	2.454*** (0.591)	-3.956*** (1.252)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.438*** (0.543)	1.250*** (0.324)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	4.845*** (1.305)	1.600*** (0.527)	-2.582** (1.129)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1.255** (0.523)	1.259*** (0.301)
qst29 = assistant(e) de soins en gériatrie	-1.339 (2.073)	3.144** (1.357)	0.592 (1.528)			
qst29 = cadre infirmier	2.759 (2.475)	2.605** (1.177)	1.613 (1.758)			
qst29 = ergothérapeute	0.181 (1.860)	0.403 (0.858)	0.416 (1.434)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur / -trice	-0.759 (2.010)	0.111 (0.881)	-1.878 (1.782)			
qst29 = infirmier(e)	2.494* (1.365)	0.966* (0.561)	-2.101* (1.187)	qst29 = infirmier(e)	0.406 (0.611)	0.791** (0.338)
qst29 = kinésithérapeute salarié	6.139*** (2.067)	3.167*** (1.023)	-1.123 (1.567)	qst29 = kinésithérapeute salarié	2.136*** (0.749)	1.685*** (0.516)
qst29 = psychologue	-1.941 (1.616)	-0.770 (0.723)	2.822** (1.297)			
qst29 = psychomotricien	-0.256 (2.593)	-1.847*** (0.635)	-0.269 (1.716)			
Axe 1 attitudes radicales	4.988*** (0.286)	1.244*** (0.138)	-1.911*** (0.230)	Axe 1 attitudes radicales	0.635*** (0.0867)	0.655*** (0.0672)
Axe 2 socialisation	-0.416 (0.269)	-0.117 (0.122)	0.526** (0.228)	Axe 2 socialisation	-0.262** (0.113)	-0.214*** (0.0743)
qst28 = aucune religion				qst28 = aucune religion		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst28 = autres religions	3.786** (1.899)	1.710* (0.944)	-1.415 (1.959)	qst28 = autres religions bis (les autres non discriminées)	0.302 (0.441)	0.340 (0.337)
qst28 = bouddhisme	-2.184* (1.147)	-0.0941 (0.638)	1.104 (1.063)	qst28 = bouddhisme	note (1) (0.237)	-0.110 (0.378)
qst28 = catholicisme	-0.874 (0.586)	-0.121 (0.259)	0.821* (0.482)	qst28 = catholicisme	-0.345 (0.237)	-0.161 (0.158)
qst28 = hindouisme	-4.607 (2.900)	0.203 (1.585)	1.894 (3.673)			
qst28 = islam	3.134*** (1.065)	0.400 (0.480)	0.849 (0.870)	qst28 = islam	-0.371 (0.456)	0.159 (0.268)
qst28 = judaïsme	-3.984** (1.977)	-1.311 (1.271)	2.490 (2.378)			
qst28 = orthodoxie	2.618 (3.298)	0.180 (1.212)	-5.325 (4.584)			
qst28 = protestantisme	5.804*** (1.690)	0.755 (0.872)	2.643*** (1.022)	qst28 = protestantisme	1.178*** (0.422)	0.720** (0.328)
qst28 = religions traditionnelles africaine	7.316** (2.593)	-0.0631 (0.635)	0.443 (1.716)			
Observations	1 496	1 573	1 355	Observations	1 377	1 430
R-squared	0.256	0.103	0.105	Pseudo R-squared	0.1239	0.1107
Robust standard errors in parentheses				Robust standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		
				note (1): Bouddhisme < 0 predicts failure perfectly. Bouddhisme dropped and 53 obs not used		

Les constats :

1. Les individus ayant répondu être proches de l'Islam, des religions traditionnelles africaines et d'autres religions présentent des SEP statistiquement bien plus élevés que ceux répondant n'être proche d'aucune religion. En revanche les répondants ayant signalé être proches du judaïsme ou du bouddhisme présentent des SEP statistiquement moins élevés que ceux ne professant aucune religion.
2. Les individus proches du protestantisme et du catholicisme présentent des SAP plus élevés que les autres.

3. Enfin, seuls ceux qui sont proches du protestantisme semblent être plus susceptibles d'augmenter les probabilités d'avoir un burnout.

Les raisons et l'explication de tels résultats sont bien difficiles à trouver, sans une connaissance très approfondie de l'ensemble des religions. C'est peut-être pour cette raison que le peu de travaux qu'on a pu trouver se questionnent uniquement sur le fait d'avoir ou pas une croyance et par le niveau de pratique des croyances, plutôt que par une différenciation des croyances elles-mêmes.

Par exemple :

Our study found that students who endorse statements leading to higher scores on standardized measures of spirituality are less likely to endorse items correlated with high burnout or with depression. This suggests that strong spiritual resources and daily spiritual experiences are associated with higher life satisfaction and lower psychological distress and burnout. The presence of high spirituality may be protective against burnout in medical students. Further, it appears that not only having a strong spiritual life, but also the salience of that spirituality in daily experiences are critical components to preventing burnout. Medical school is a stressful experience with many demands on time which means that the environment and personal factors combine may create a catalyst for burnout

Amy Wachholtz and Mai Lan Rogoff, « *The relationship between spirituality and burnout among medical students* ». *Journal of Contemporary Medical Education*, 2013; 1(2): 83-91.

Par ailleurs, il faut s'interroger sur l'existence des « variables cachées » derrière les réponses. Ainsi, on peut soupçonner que les personnes ayant répondu être proches de l'Islam ou des religions traditionnelles africaines subissent des SEP significativement élevés en raison d'un processus de stress lié davantage aux questions raciales dans leur travail. L'absence des questions raciales dans le questionnaire ne nous permet pas de tester ce type d'hypothèse.

Le modèle "Information" : l'importance de l'information pour diminuer les risques de burnout

Le traitement de la question 35 permet d'évaluer l'importance de compter avec une bonne information sur l'Alzheimer pour diminuer les risques du burnout.

MCO - Robust				Logit - Robust		
VARIABLES	Score d'épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel	VARIABLES	Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	18.24*** (2.086)	6.204*** (0.929)	34.04*** (1.701)	Constant	-2.519*** (0.693)	-0.880** (0.446)
23 Vous êtes un homme?	-1.752** (0.834)	0.129 (0.393)	0.219 (0.761)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.669 (0.470)	-0.228 (0.263)
qst29 = médecin tout type				qst29 = tous les autres		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst29 = agent des services hospitaliers	5.218*** (1.485)	2.330*** (0.617)	-3.590*** (1.310)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.236** (0.556)	1.034*** (0.342)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	4.540*** (1.365)	1.674*** (0.551)	-2.275* (1.176)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	1.225** (0.530)	1.173*** (0.316)
qst29 = assistant(e) de soins en gériologie	-1.477 (2.065)	3.284** (1.426)	0.774 (1.542)			
qst29 = cadre infirmier	3.435 (2.564)	3.186*** (1.204)	1.505 (1.817)			
qst29 = ergothérapeute	-0.0218 (1.888)	0.497 (0.873)	0.776 (1.483)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur/ -trice	-0.585 (2.069)	0.346 (0.904)	-1.734 (1.817)			
qst29 = infirmier(e)	2.439* (1.423)	1.120* (0.585)	-1.867 (1.231)	qst29 = infirmier(e)	0.259 (0.628)	0.740** (0.352)
qst29 = kinésithérapeute salarié	5.851*** (2.092)	3.165*** (1.030)	-0.486 (1.603)	qst29 = kinésithérapeute salarié	1.992*** (0.760)	1.522*** (0.544)
qst29 = psychologue	-1.730 (1.695)	-0.623 (0.770)	3.361** (1.332)			
qst29 = psychomotricien	-0.209 (2.574)	-1.676** (0.651)	-0.305 (1.781)			
Axe 1 attitudes radicales	4.976*** (0.290)	1.186*** (0.141)	-1.787*** (0.232)	Axe 1 attitudes radicales	0.637*** (0.0919)	0.669*** (0.0703)
Axe 2 socialisation	-0.306 (0.270)	-0.0944 (0.124)	0.464** (0.234)	Axe 2 socialisation	-0.238** (0.115)	-0.182** (0.0752)
qst28 = aucune religion				qst28 = aucune religion		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst28 = autres religions	3.886** (1.904)	1.634* (0.954)	-1.408 (1.928)	qst28 = autres religions bis (les autres non discriminée:	0.318 (0.444)	0.369 (0.353)
qst28 = bouddhisme	-2.470** (1.170)	-0.256 (0.677)	1.139 (1.067)	qst28 = bouddhisme	note (1)	-0.126 (0.399)
qst28 = catholicisme	-1.006* (0.584)	-0.218 (0.263)	0.878* (0.491)	qst28 = catholicisme	-0.382 (0.246)	-0.232 (0.165)
qst28 = hindouisme	-4.206 (2.760)	0.388 (1.628)	5.202*** (1.880)			
qst28 = islam	3.482*** (1.074)	0.308 (0.491)	1.133 (0.882)	qst28 = islam	-0.358 (0.469)	0.198 (0.276)
qst28 = judaïsme	-3.650* (1.994)	-1.146 (1.267)	2.464 (2.369)			
qst28 = orthodoxie	2.574 (3.195)	-0.0808 (1.220)	4.765 (4.527)			
qst28 = protestantisme	5.567*** (1.636)	0.643 (0.862)	2.462** (1.007)	qst28 = protestantisme	1.245*** (0.417)	0.693** (0.329)
qst28 = religions traditionnelles africaine	7.850** (0.431)	-0.233 (0.202)	0.676 (0.345)			
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-1.392*** (0.431)	-0.835*** (0.202)	1.054*** (0.345)	35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-0.309** (0.135)	-0.434*** (0.0959)
Observations	1 435	1 510	1 299	Observations	1 326	1 375
R-squared	0.275	0.116	0.113	Pseudo R-squared	0.1364	0.1304
Robust standard errors in parentheses				Robust standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		
				note (1): Bouddhisme < 0 predicts failure perfectly. Bouddhisme dropped and 53 obs not used		

Disposer et diffuser une bonne information sur la maladie auprès du personnel soignant diminue de manière très significative les risques de burnout. En effet, la variable diminue les échelles SEP et SD et augmente l'échelle SAP. Le résultat est une diminution significative de la probabilité de subir le burnout (équations Logit).

Le modèle "Contrat de travail" et les risques de burnout

La durée du contrat de travail et du temps de travail ont un impact certain sur les risques de burnout.

VARIABLES	MCO - Robust			VARIABLES	Logit - Robust	
	Score d'épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel		Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	17.06*** (2.329)	6.643*** (1.112)	34.81*** (1.935)	Constant	-2.173*** (0.804)	-0.666 (0.519)
23 Vous êtes un homme?	-1.583* (0.868)	0.244 (0.421)	0.191 (0.813)	23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.611 (0.480)	-0.117 (0.277)
qst29 = médecin tout type				qst29 = tous les autres		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst29 = agent des services hospitaliers	4.531*** (1.604)	1.994*** (0.725)	-3.211** (1.509)	qst29 = agent des services hospitaliers	1.069* (0.561)	0.859** (0.357)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	4.030*** (1.477)	1.430** (0.672)	-1.854 (1.398)	qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	0.947* (0.527)	0.953*** (0.333)
qst29 = assistant(e) de soins en gériologie	-0.965 (2.190)	3.154** (1.471)	0.650 (1.790)			
qst29 = cadre infirmier	2.695 (2.622)	3.178** (1.301)	1.881 (1.997)			
qst29 = ergothérapeute	0.0213 (1.953)	0.0257 (0.976)	0.995 (1.648)			
qst29 = infirmier(e) coordonnateur/-trice	-1.401 (2.165)	0.0319 (0.981)	-1.306 (2.027)			
qst29 = infirmier(e)	1.795 (1.525)	0.738 (0.696)	-1.216 (1.450)	qst29 = infirmier(e)	-0.201 (0.664)	0.480 (0.369)
qst29 = kinésithérapeute salarié	5.448** (2.260)	2.086* (1.075)	-0.375 (1.852)	qst29 = kinésithérapeute salarié	2.025*** (0.737)	1.106** (0.544)
qst29 = psychologue	0.189 (1.892)	-1.045 (0.892)	3.305** (1.568)			
qst29 = psychomotricien	0.0761 (2.754)	-1.867** (0.724)	0.796 (1.864)			
Axe 1 attitudes radicales	5.014*** (0.306)	1.240*** (0.143)	-1.338*** (0.241)	Axe 1 attitudes radicales	0.628*** (0.0977)	0.684*** (0.0739)
Axe 2 socialisation	-0.402 (0.279)	-0.0710 (0.127)	0.430* (0.249)	Axe 2 socialisation	-0.185 (0.117)	-0.188** (0.0783)
qst28 = aucune religion				qst28 = aucune religion		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst28 = autres religions	4.185** (2.012)	1.976* (1.017)	-1.771 (2.129)	qst28 = autres religions bis (les autres non discriminées)	0.258 (0.493)	0.543 (0.378)
qst28 = bouddhisme	-2.686** (1.201)	0.0360 (0.701)	0.922 (1.085)	qst28 = bouddhisme	note (1)	-0.190 (0.393)
qst28 = catholicisme	-0.945 (0.601)	-0.131 (0.271)	0.728 (0.509)	qst28 = catholicisme	-0.447* (0.254)	-0.213 (0.171)
qst28 = hindouisme	-2.726 (2.694)	0.813 (1.852)	6.166*** (1.932)			
qst28 = islam	4.065*** (1.117)	0.413 (0.508)	0.926 (0.931)	qst28 = islam	-0.325 (0.460)	0.255 (0.285)
qst28 = judaïsme	-3.266 (2.082)	-1.207 (1.378)	3.356 (2.605)			
qst28 = orthodoxie	2.553 (3.859)	-0.586 (1.357)	-4.073 (5.597)			
qst28 = protestantisme	4.746*** (1.805)	0.454 (0.884)	2.157* (1.123)	qst28 = protestantisme	0.938* (0.492)	0.528 (0.366)
qst28 = religions traditionnelles africaine	4.281 (4.384)	-1.307 (1.241)	2.656 (2.445)			
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-1.235*** (0.445)	-0.891*** (0.211)	1.891*** (0.355)	35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-0.375*** (0.144)	-0.513*** (0.103)
qst32 = un CDI				qst32 = un CDI		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst32 = un CDI	1.333* (0.787)	-0.00201 (0.365)	-1.452** (0.655)	qst32 = un CDI	0.225 (0.358)	0.301 (0.227)
qst33 = 100 % (plein temps)				qst33 = 100 % (plein temps)		
Modalité de référence				Modalité de référence		
qst33 = <= 40 % de temps	-3.006** (1.372)	-0.261 (0.711)	0.105 (1.203)	qst33 = <= 40 % de temps	-0.208 (0.867)	-0.824 (0.699)
qst33 = à 60%	-2.116* (1.289)	-0.422 (0.595)	0.722 (1.120)	qst33 = à 60%	note (2)	-1.054* (0.577)
qst33 = à 80%	1.021 (1.072)	0.197 (0.473)	-0.203 (0.918)	qst33 = à 80%	0.615 (0.397)	0.520* (0.281)
Observations	1 334	1 399	1 200	Observations	1 177	1 283
R-squared	0.277	0.125	0.112	Pseudo R-squared	0.1352	0.1432
Robust standard errors in parentheses				Robust standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		
				note (1): Bouddhisme > 0 predicts failure perfectly. Bouddhisme dropped and 53 obs not used		
				note (2): à 60 % < 0 predicts failure perfectly. À 60 % dropped and 59 obs not used		

Les constats :

Le burn out des professionnels de santé – Le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

1. Avoir un contrat à durée indéterminée (CDI) est significatif et positivement corrélé avec le SEP et négativement corrélé avec le SAP. Ce résultat est intéressant car il est contre-intuitif dans les deux cas. Quelqu'un qui a un contrat à durée déterminée connaît la date de finalisation de son contrat et, théoriquement doit se préoccuper (en plus de faire face aux mêmes problèmes qu'un individu avec un CDI) de chercher un nouveau contrat ou essayer d'être très efficace dans son travail actuel pour pouvoir le renouveler ou, dans le meilleur des cas, obtenir un CDI. Si cette hypothèse était juste, les signes auraient dû être positif pour le SEP et négatif pour le SAP. Or c'est bien le contraire qu'on observe dans les équations.

Selon la littérature :

Despite the disadvantages of temporary status in terms of less job security and less involvement in decision making, this study suggests there can also be benefits. A potential advantage of being on the "periphery" appears to be that temporary contract employees are protected from some of the stressful role demands experienced by the core work force. Although the results were not quite as supportive for role conflict, the evidence strongly suggested a link between temporary employment status and lower role overload.

Sharon K. Parker, Mark A. Griffin and Christine A. Sprigg, « Effect of Temporary Contracts on Perceived Work Characteristics and Job Strain: A Longitudinal Study ». Personnel Psychology vol. LV, n° 3, autumn 2002.

2. Plus court est le temps de travail moins il y a de risques d'avoir de l'épuisement professionnel. En effet, le coefficient associé aux différentes échelles de temps de travail passe de -3 (points d'échelle SEP) pour un temps de travail $\leq 40\%$; -2 pour un temps de travail égal à 60 % pour finir à 1 lorsque ce temps de travail est égal à 80 % du plein temps (même si cette modalité est très peu significative). En ce qui concerne l'équation de burnout (terciles) à partir de 80 % du plein temps, l'individu augmente la probabilité d'avoir un burnout, tandis qu'à partir de 60 % d'un plein temps (ou moins) l'individu diminue la probabilité d'avoir un burnout.

Le modèle "Institutions" et les risques de burnout

Si l'on croit à l'importance centrale du type d'organisation du travail comme déterminant in fine des différences entre individus face au burnout, il doit y avoir un impact différentiel des institutions lorsque celles-ci se définissent en fonction de leurs spécialités.

VARIABLES	MCO - Robust		
	Score d'Épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel
Constant	16.57*** (2.453)	6.615*** (1.189)	34.27*** (1.987)
23 Vous êtes un homme?	-0.977 (0.866)	0.330 (0.431)	0.142 (0.830)
<i>qst29 = médecin tout type</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
qst29 = agent des services hospitaliers	5.316*** (1.677)	2.137*** (0.780)	-3.071* (1.572)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	4.614*** (1.545)	1.525** (0.720)	-1.403 (1.440)
qst29 = assistant(e) de soins en gériologie	-0.303 (2.359)	3.216** (1.606)	1.302 (1.935)
qst29 = cadre infirmier	1.886 (2.752)	2.420* (1.274)	1.586 (2.138)
qst29 = ergothérapeute	0.211 (1.984)	0.0984 (1.003)	1.536 (1.615)
qst29 = infirmier(e) coordonnateur / -trice	-1.064 (2.277)	0.107 (1.051)	-1.757 (2.116)
qst29 = infirmier(e)	2.215 (1.555)	0.884 (0.730)	-0.946 (1.469)
qst29 = kinésithérapeute salarié	5.704** (2.265)	1.989* (1.080)	-1.049 (1.865)
qst29 = psychologue	0.0386 (1.902)	-0.780 (0.946)	3.528** (1.595)
qst29 = psychomotricien	0.664 (2.908)	-1.555** (0.773)	2.156 (1.866)
Axe 1 attitudes radicales	5.000*** (0.307)	1.217*** (0.143)	-1.939*** (0.248)
Axe 2 socialisation	-0.326 (0.285)	-0.0591 (0.131)	0.394 (0.254)
<i>qst28 = aucune religion</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
qst28 = autres religions	4.479** (2.104)	2.341** (1.031)	-2.231 (2.291)
qst28 = bouddhisme	-2.723** (1.203)	-0.0289 (0.702)	1.018 (1.096)
qst28 = catholicisme	-0.741 (0.613)	-0.0135 (0.275)	0.831 (0.520)
qst28 = hindouisme	-2.608 (2.857)	0.919 (1.992)	6.313*** (2.044)
qst28 = islam	3.488*** (1.110)	0.413 (0.519)	0.981 (0.943)
qst28 = judaïsme	-3.113 (2.005)	-1.166 (1.422)	3.213 (2.825)
qst28 = orthodoxie	2.892 (3.941)	-0.384 (1.440)	-4.043 (5.582)
qst28 = protestantisme	5.216*** (1.810)	0.606 (0.904)	1.945* (1.142)
qst28 = religions traditionnelles africaine	4.608 (4.252)	-1.430 (1.223)	2.611 (2.337)
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-1.236*** (0.458)	-0.883*** (0.219)	1.084*** (0.357)
<i>qst32 = un CDD</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
qst32 = un CDI	1.572** (0.791)	0.0231 (0.379)	-1.664** (0.656)
<i>qst33 = 100 % (plein temps)</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
qst33 = <= 40 % de temps	-2.428* (1.380)	-0.274 (0.743)	0.102 (1.168)
qst33 = à 60%	-1.701 (1.377)	-0.849 (0.562)	0.555 (1.149)
qst33 = à 80%	1.088 (1.147)	0.0166 (0.497)	-0.0244 (0.933)
<i>Résidence d'assise</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
SSR polyvalent ou autre	-1.785** (0.875)	-0.431 (0.388)	1.557** (0.709)
SSR gériatrique	2.772*** (0.971)	0.860* (0.481)	-0.187 (0.841)
Accueil de jour	-1.278 (1.405)	0.150 (0.689)	2.510** (1.132)
Autre type de service (PASA + UHR + UCC)	1.120 (2.340)	0.542 (1.114)	-3.874 (2.695)
Unité protégée Alzheimer	-1.468** (0.648)	-0.713** (0.291)	0.350 (0.565)
Observations	1 278	1 343	1 161
R-squared	0.289	0.134	0.125

Robust standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

VARIABLES	Logit - Robust	
	Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant	-1.871* (0.990)	-1.075* (0.628)
23 Vous êtes un homme (Oui/Non)	-0.587 (0.489)	-0.107 (0.286)
<i>qst29 = tous les autres</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
qst29 = agent des services hospitaliers	0.951 (0.587)	0.972*** (0.384)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	0.861 (0.542)	1.061*** (0.356)
qst29 = infirmier(e)	-0.214 (0.666)	0.569 (0.390)
qst29 = kinésithérapeute salarié	1.993** (0.818)	1.210** (0.588)
Axe 1 attitudes radicales	0.622*** (0.100)	0.687*** (0.0757)
Axe 2 socialisation	-0.165 (0.121)	-0.142* (0.0812)
<i>qst28 = aucune religion</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
qst28 = autres religions bis (les autres non discriminée)	0.343 (0.506)	0.631 (0.393)
qst28 = bouddhisme	note (1)	-0.188 (0.387)
qst28 = catholicisme	-0.355 (0.258)	-0.140 (0.176)
qst28 = islam	-0.261 (0.465)	0.330 (0.289)
qst28 = protestantisme	1.040** (0.510)	0.633* (0.387)
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-0.373** (0.149)	-0.518*** (0.108)
<i>qst32 = un CDD</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
qst32 = un CDI	0.238 (0.357)	0.353 (0.231)
<i>qst33 = 100 % (plein temps)</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
qst33 = <= 40 % de temps	-0.279 (0.859)	-0.791 (0.719)
qst33 = à 60%	note (2)	-1.182* (0.639)
qst33 = à 80%	0.539 (0.424)	0.567* (0.301)
<i>Résidence d'assise</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
SSR polyvalent ou autre	-0.251 (0.400)	-0.160 (0.258)
SSR gériatrique	-0.0199 (0.466)	0.150 (0.266)
Accueil de jour	0.0971 (0.466)	-0.596 (0.378)
Autre type de service (PASA + UHR + UCC)	0.581 (1.163)	0.525 (0.729)
Unité protégée Alzheimer	-0.254 (0.301)	-0.348* (0.196)
Observations	1 130	1 232
Pseudo R-squared	0.1319	0.152

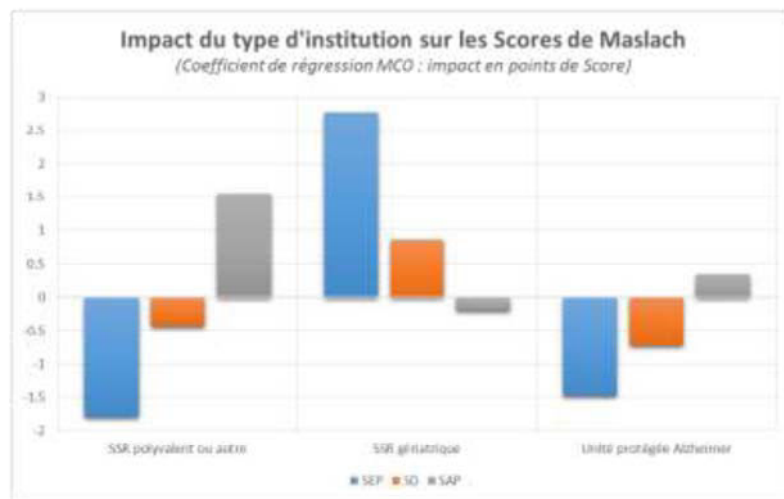
Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

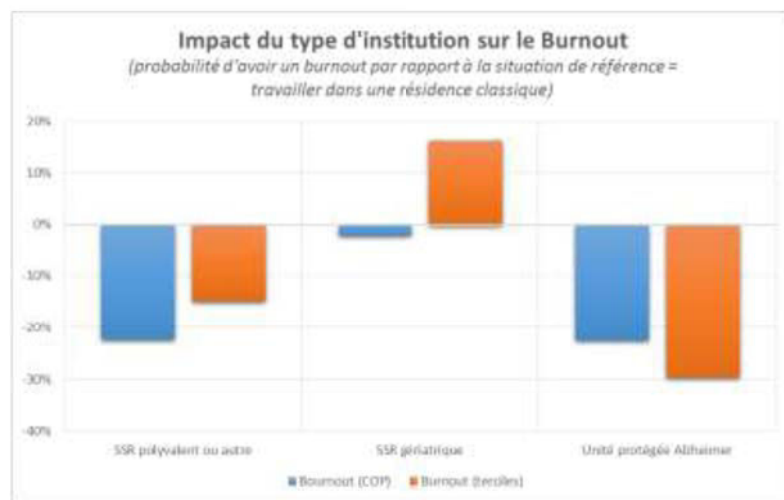
note (1): Bouddhisme < 0 predicts failure perfectly. Bouddhisme dropped and 53 obs not used
note (2): à 60 % < 0 predicts failure perfectly. À 60 % dropped and 59 obs not used

Les constats :

1. Les individus appartenant aux institutions type SSR polyvalents ou autre et les Unités Protégée Alzheimer (de maisons de retraite conçues et réservées spécifiquement pour l'accueil de malades d'Alzheimer) -toutes choses étant égales par ailleurs- semblent mieux protégés pour faire face au burnout. En effet, l'impact de l'appartenance à ces institutions diminue significativement le SEP et le SD et augmente le SAP. En revanche, le fait de travailler dans un SSR Gériatrique (moins spécialisé et plus généraliste) augmente significativement le SEP et le SD et diminue le SAP (même si ce dernier n'apparaît pas statistiquement significatif).



2. De ce fait, les équations concernant l'indicateur de burnout montrent que le fait de travailler dans un SSR Polyvalent ou dans une Unité Protégée Alzheimer diminuent la probabilité de subir un burnout, tandis que le fait de travailler au sein d'un SSR gériatrique, l'augmentent.



3. Il n'est pas étonnant que les Unités Protégées Alzheimer diminuent le risque de burnout, car elles se caractérisent par la présence d'une équipe dédiée de personnel plus spécialisé et d'un ratio de personnel/résident plus élevé. Par ailleurs, si l'on croise la question 35 concernant la disposition d'une bonne information sur les démences de type Alzheimer, on constate que les individus employés dans les Unités Protégées Alzheimer répondent à 73.5 % qu'ils sont tout à fait d'accord à l'idée de son utilité

tandis que ceux travaillant dans une unité SSR gériatrique ne sont que 65.5 % à l'affirmer. Or, disposer d'une bonne information sur la maladie est crucial pour diminuer les risques de burnout, comme le montre l'équation.

Le modèle "Ancêtres" et les risques de burnout

VARIABLES	MCO - Robust		
	Score d'Épuisement professionnel	Score de Dépersonnalisation	Score d'Accomplissement personnel
Constant	18.20*** (2.064)	6.427*** (0.968)	35.33*** (1.771)
23 Vous êtes un homme?	-1.731** (0.852)	0.274 (0.406)	0.635 (0.741)
<i>qst29 = médecin tout type</i>			
	<i>Modalité de référence</i>		
qst29 = agent des services hospitaliers	6.041*** (1.384)	2.545*** (0.610)	-4.379*** (1.322)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)	4.950*** (1.274)	2.037*** (0.550)	-2.882** (1.208)
qst29 = assistant(e) de soins en gériatrie	0.553 (1.935)	2.968** (1.407)	0.203 (1.562)
qst29 = cadre infirmier	3.782 (2.716)	3.511*** (1.217)	0.501 (1.809)
qst29 = ergothérapeute	0.868 (1.823)	0.866 (0.863)	-0.0994 (1.597)
qst29 = infirmier(e) coordonnateur/-trice	0.942 (2.041)	0.886 (0.907)	-3.104* (1.855)
qst29 = infirmier(e)	2.723** (1.307)	1.250** (0.576)	-2.001 (1.253)
qst29 = kinésithérapeute salarié	5.884*** (2.153)	3.055*** (1.085)	-0.870 (1.645)
qst29 = psychologue	-1.102 (1.562)	-0.482 (0.738)	2.937** (1.319)
qst29 = psychomotricien	-0.205 (2.333)	-1.296* (0.668)	-0.991 (1.760)
Axe 1 attitudes radicales	5.102*** (0.283)	1.195*** (0.139)	-1.632*** (0.220)
Axe 2 socialisation	-0.484* (0.264)	-0.113 (0.120)	0.440* (0.228)
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer	-1.259*** (0.412)	-0.863*** (0.195)	1.038*** (0.332)
Alsace + Lorraine	-0.585 (1.352)	0.492 (0.691)	0.404 (1.090)
Aquitaine	-3.803*** (1.186)	-1.039* (0.552)	0.979 (1.092)
Auvergne + Limousin	-1.090 (1.240)	-0.146 (0.591)	-0.568 (1.023)
Basse-Normandie	-3.138*** (1.209)	-0.926 (0.647)	-0.608 (1.412)
Bourgogne	-0.458 (2.442)	-0.340 (1.043)	-3.440* (1.954)
Centre	1.078 (1.526)	0.270 (0.632)	-1.392 (1.122)
Bretagne	0.453 (1.048)	-1.004** (0.417)	0.0160 (0.880)
Champagne-Ardenne	-1.743 (1.236)	-1.096* (0.614)	-0.848 (1.244)
Corse	5.042 (3.284)	1.617 (1.627)	0.344 (2.373)
Franche-Comté + Rhône-Alpes	-0.452 (1.091)	-0.475 (0.521)	-1.771* (1.011)
Guadeloupe + Guyane + Martinique	0.144 (1.594)	-0.0935 (0.769)	-1.448 (1.480)
Haute-Normandie	0.280 (1.895)	0.201 (0.732)	0.220 (1.470)
Île-de-France	-0.471 (0.841)	-0.0688 (0.404)	0.155 (0.705)
La Réunion + Mayotte	0.578 (1.873)	0.151 (1.047)	0.517 (1.765)
Languedoc-Roussillon	-1.092 (1.959)	-1.819** (0.721)	0.782 (1.753)
Limousin	-1.611 (2.551)	-1.408 (1.066)	3.700 (2.269)
Midi-Pyrénées	0.0814 (1.474)	-0.674 (0.600)	-0.201 (1.259)
Nord-Pas-de-Calais	-1.141 (1.257)	-0.479 (0.565)	-0.291 (0.962)
Pays de la Loire	-3.922** (1.675)	-1.340** (0.648)	1.705 (1.339)
Picardie	-4.698*** (1.051)	-0.796* (0.480)	1.929** (0.937)
Poitou-Charentes	-1.076 (1.216)	-0.822* (0.490)	-0.559 (0.863)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-2.252** (0.882)	0.952** (0.462)	-1.896** (0.751)
Afrique subsaharienne	1.996 (1.341)	0.0624 (0.678)	0.354 (1.068)
Afrique du Nord	1.609 (0.988)	-0.567 (0.446)	0.741 (0.844)
Amérique du Nord	4.297 (3.343)	3.084 (2.296)	-1.739 (2.485)
Amérique latine	-4.644* (2.404)	1.236 (1.262)	1.462 (2.382)
Asie	3.904 (2.407)	-1.621 (1.097)	2.379 (1.604)
Europe balkanique + Europe centrale + Europe de l'Est	-0.369 (1.684)	-0.827 (0.595)	1.004 (1.201)
Europe Ouest + Nord	0.982 (1.896)	-0.449 (0.701)	-2.158 (1.442)
Europe du Sud ouest	-1.214 (1.023)	-0.157 (0.522)	0.105 (0.853)
Océan Indien	-4.379 (3.403)	1.033 (1.423)	-2.358 (2.157)
Océanie	-1.080 (8.312)	-0.808 (2.827)	8.046*** (0.939)
Proche et Moyen Orient	-3.757 (2.353)	-1.956** (0.786)	-0.619 (3.083)
Observations	1 516	1 583	1 374
R-squared	0.282	0.142	0.127

Robust standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

VARIABLES	Logit - Robust	
	Burnout cut-off points	Burnout terciles
Constant		-1.696* (0.890)
23 Vous êtes un homme (Oui/Non)		0.0427 (0.259)
<i>qst29 = tous les autres</i>		
	<i>Modalité de référence</i>	
qst29 = agent des services hospitaliers		1.677** (0.822)
qst29 = aide médico-psychologique / aide soignant(e)		1.897** (0.815)
qst29 = assistant(e) de soins en gériatrie		0.889 (1.245)
qst29 = cadre infirmier		2.341** (0.977)
qst29 = ergothérapeute		-0.130 (1.412)
qst29 = infirmier(e) coordonnateur/-trice		1.485 (0.973)
qst29 = infirmier(e)		1.286 (0.822)
qst29 = kinésithérapeute salarié		2.112** (0.940)
qst29 = psychologue		-1.350 (1.163)
Axe 1 attitudes radicales		0.765*** (0.0727)
Axe 2 socialisation		-0.207*** (0.0791)
35 Disposer d'une bonne information sur Alzheimer		-0.416*** (0.0936)
Alsace + Lorraine		0.183 (0.332)
Aquitaine		-0.228 (0.375)
Auvergne + Limousin		0.164 (0.340)
Basse-Normandie		-0.865* (0.520)
Bourgogne		0.0991 (0.526)
Centre		0.195 (0.351)
Bretagne		-0.477 (0.385)
Champagne-Ardenne		-0.194 (0.419)
Corse		0.689 (0.748)
Franche-Comté + Rhône-Alpes		-0.346 (0.363)
Guadeloupe + Guyane + Martinique		-0.832* (0.460)
Haute-Normandie		-0.109 (0.479)
Île-de-France		0.256 (0.250)
La Réunion + Mayotte		-0.126 (0.533)
Languedoc-Roussillon		-0.968 (0.653)
Limousin		-0.790 (1.036)
Midi-Pyrénées		-0.336 (0.464)
Nord-Pas-de-Calais		0.0258 (0.392)
Pays de la Loire		-0.00913 (0.521)
Picardie		-0.499 (0.341)
Poitou-Charentes		-0.00455 (0.316)
Provence-Alpes-Côte d'Azur		0.0510 (0.282)
Afrique subsaharienne		0.295 (0.321)
Afrique du Nord		-0.124 (0.314)
Amérique du Nord		1.450** (0.735)
Amérique latine		0.186 (0.706)
Asie		0.0725 (0.837)
Europe balkanique + Europe centrale + Europe de l'Est		-0.403 (0.541)
Europe Ouest + Nord		0.690 (0.550)
Europe du Sud ouest		-0.442 (0.346)
Océan Indien		0.675 (0.984)
Océanie		0.596 (1.273)
Proche et Moyen Orient		-1.209 (0.848)
Observations	1 452	
Pseudo R-squared	0.1694	

Robust standard errors in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

note [1]: Equation non significative car * 26 failures and 0 successes completely determined"
Ecart type suspects

Les constats :

1. L'introduction des variables concernant les origines géographiques de la personne enquêtée améliore la qualité globale des équations. Toutefois, une mise en garde doit être effectuée : compte tenu du manque d'information sur la représentativité de l'échantillon par rapport à la population du personnel soignant en France et de l'impossibilité d'effectuer un redressement, les coefficients de régression doivent être pris avec beaucoup de précaution.
2. L'interprétation des résultats n'est pas facile car elle est liée à la connaissance des idiosyncrasies et cultures locales ou nationales pour expliquer l'impact sur le burnout et ses composantes. En outre, la multi-colinéarité qui apparaît lorsque les variables concernant la religion sont présentes, nous ont amené à les éliminer. Le risque de procéder de la sorte est que la raison de l'impact lié au croisement de manière simultanée entre les deux variables, (l'une géographique et l'autre concernant la religion) n'apparaisse pas. Pour détecter cet impact, il faudrait créer autant de variables que de combinaisons géographie-religion possibles.

Mise en garde sur l'étendue des résultats

Il y a trois types de problèmes pour élargir les résultats tirés de l'enquête à la population des personnels de santé exposés à la maladie d'Alzheimer:

1. La représentativité de l'échantillon
2. Le biais de sélection
3. La non-réponse partielle au questionnaire

La représentativité de l'échantillon

Dans la grande majorité de la littérature utilisée dans le présent rapport, particulièrement celle qui mesure et quantifie l'ampleur du phénomène du *burnout*, il y a une grande absente : la représentativité de l'échantillon par rapport à la population dont est tiré l'échantillon. La méconnaissance quantitative de la population ne permet pas de redresser l'échantillon pour qu'il « colle » au mieux à la structure de cette population « mère » et de ce fait, les résultats sont biaisés.

Prenons un exemple théorique (dans la mesure où on ne connaît pas la structure de la population) : d'après nos calculs, le personnel soignant qui travaille dans une Unité Protégée Alzheimer (UPA) est plus protégé pour faire face au burnout que le personnel qui travaille dans une Résidence Classique (RC). D'après la structure de notre échantillon, le personnel qui travaille dans une UPA représente 26 % des répondants, tandis que ceux travaillant dans une RC représentent 60 % de l'échantillon. Faisons l'hypothèse que, dans la population « mère », les UPA ne représentent que 15 % et ceux d'une RC 70 %. Si c'est le cas, on sous-estime le taux de burnout de manière significative, car il y a une surreprésentation du personnel travaillant dans une UPA dans notre échantillon (plus protégé) et une sous-représentation du personnel travaillant dans une RC (moins protégé).

On peut multiplier les exemples pour la quasi-totalité des variables utilisées (genre, âge, ancienneté, nombre de patients traités, religions, structure des professions ...). Même si la représentativité optimale n'existe pas, il faut un minimum de ressemblance entre la structure de l'échantillon et celle de la population « mère » pour pouvoir élargir les résultats à l'univers des personnels soignants et pour rendre robuste l'estimation de la part de ce personnel atteint du phénomène du burnout.

Le biais de sélection

Dans une étude, le terme biais de sélection désigne une erreur systématique faite lors de la sélection des sujets à étudier. Ce terme regroupe tous les biais pouvant conduire à ce que les sujets effectivement observés lors d'une enquête ne constituent pas un groupe représentatif des populations censées être étudiées et ne permettent donc pas de répondre aux questions posées dans le protocole. Les biais de sélection se produisent lors de l'échantillonnage, c'est-à-dire lors de la sélection d'un échantillon représentatif de la population étudiée. Ils sont liés aux critères d'inclusion des individus dans l'étude et se produisent lorsque les sujets inclus dans l'étude ne constituent pas un groupe représentatif de la population cible. Cela se produit lorsque les sujets sélectionnés dans l'échantillon ont des caractéristiques qui les distinguent de l'ensemble de la population-mère, ce qui est inévitable puisque ce sont ces caractéristiques qui déterminent l'échantillon de personnes.

Le risque de biais de sélection est faible dans les études expérimentales et longitudinales, élevé dans les études cas-témoins et considérable dans les études transversales.

Il faut noter qu'en santé, un biais de sélection aura lieu si après constitution dudit groupe, il y a ce que l'on nomme des «perdues de vues», c'est-à-dire des personnes ciblés mais non présents dans l'enquête en cours.

Dans notre cas, il y a deux types de «perdues de vues» : le premier cas, bien signalé par Schaufelilui-même, le personnel atteint de *burnout* et qui a quitté définitivement l'établissement avant ou pendant l'enquête. Comme ce personnel n'a pu répondre à l'enquête, la part du personnel atteint de burnout est sous-estimée.

Summary -In the present study, burnout scores of three samples, as measured with the Maslach Burnout Inventory, were compared: (1) the normative American sample from the test-manual (N = 10,067), (2) the normative Dutch sample (N = 3,892), and (3) a Dutch outpatient sample (N = 142) Generally, the highest burnout scores were found for the outpatient sample, followed by the American and Dutch normative samples, respectively. Slightly different patterns were noted for each of the three components.Probably sampling bias, ie.,the healthy worker effect, or cultural value patterns, ie. , femininity versus masculinity, might be responsible for the results. It is concluded that extreme caution is required when cut-off points are used to classify individuals by burnout scores; only nation-specific and clinically derived cut-off points should be employed...

...the systematic underestimation of levels of burnout because exclusively working, and so more or less healthy, subjects have been included in the normative sample. For

instance, those who have left the organization because of burnout have not been investigated. Hence, levels of burn-out in normative working samples are likely to be relatively low. As far as the second aim of the current study is concerned, we expect to demonstrate this healthy worker effect by comparing burnout levels from the Dutch normative sample with levels of an outpatient sample from that country. It was hypothesized that levels of burnout are higher in the outpatient sample compared to the normative sample.

Wilmar B. Schaufeli and Dirk van Dierendonck "A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-Off Points for the Maslach Burnout Inventory". In Psychological Reports, 1995, 76, 1083-1090.

Le deuxième cas est bien plus grave encore : on sait que le taux d'absentéisme dans les personnels de santé se trouve parmi les plus élevés dans la structure des professions.

Explosion de l'absentéisme dans le secteur de la santé. Le secteur de la santé enregistre un taux record cette année (2012), avec 6,61% (soit 24 jours) et connaît une forte dégradation depuis 5 ans. La féminisation des équipes, le management, l'organisation du travail, ainsi que les contraintes économiques et budgétaires que connaît le secteur, participent de manière significative à cette hausse. À l'autre bout du spectre, le BTP affiche encore un taux à 2,97% (10,8 j), l'industrie à 3,58% (13,1 j) et pour la première fois le secteur des services à 3,32% (12,1 j), rejoint le trio de tête de l'assiduité.

BAROMETRE DE L'ABSENTEISME D'ALMA CONSULTING GROUP « Le taux d'absentéisme dans les entreprises au plus bas depuis 5 ans ». Communiqué de presse. Gennevilliers, le 04 Septembre 2012.

Comme le souligne aussi l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation¹⁹ le taux d'absentéisme est encore plus marqué (et en nette progression) pour le personnel non-médical :

Le taux d'absentéisme en 2010 est en augmentation de +13,0% par rapport à 2009 (4,3% à 4,9%). Il augmente de +8,8% pour le personnel médical hors internes (1,4% à 1,5%) et de +13,4% pour le personnel non-médical (4,6% à 5,2%). Toutes catégories de personnel confondues, le taux d'absentéisme augmente de +20,0% pour les CHR (4,0% à 4,8%), de +10,4% pour les CH (4,4% à 4,9%) et de +10,7% pour les CH - ex CHS (4,6% à 5,1%).

Or, c'est justement ce personnel qui a des taux les plus élevés de burnout. Encore une fois, on peut imaginer que ce personnel à moins rempli de questionnaires que le personnel non absent. De ce fait, il est fort probable que les enquêtes aient été remplies par des personnes moins

¹⁹ « Note de synthèse sur l'absentéisme pour motifs médicaux et sur les mouvements du personnel dans les établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur la période 2009-2010 ».

atteints de burnout (le phénomène de "*healthyworkereffect*" cité par Wilmar B. Schaufeliet Dirk van Dierendonck) et par conséquent, le taux de burnout soit encore sous-évalué.

La non-réponse partielle ... ou le burnout (très) sous-évalué

Malgré qu'on ne puisse pas prouver l'existence du phénomène de "*healthyworkereffect*" cité par Wilmar B. Schaufeliet Dirk van Dierendonck, à partir de l'analyse des non-réponses partielles on trouve des pistes sérieuses pour ne pas écarter sa présence.

Pour ce faire, on construit une variable binaire qui prend la valeur 1 si le formulaire est incomplet pour l'item correspondant et 0 si le formulaire est complet. Puis, on procède à croiser de cette variable avec l'item correspondant.

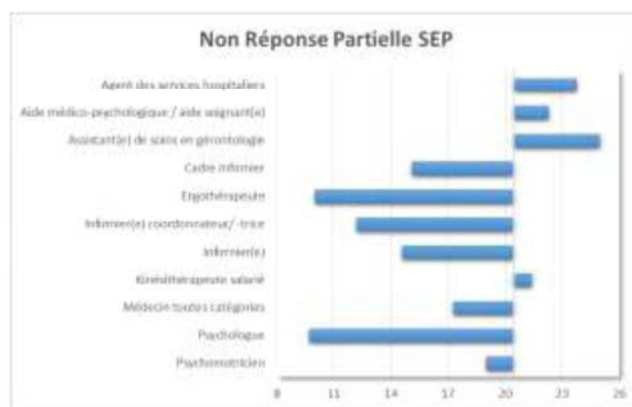
Le tableau suivant présente les résultats des croisements entre la variable « Non réponse partielle » et la totalité des formulaires reçus selon la profession déclarée par le répondant.

En % du total des formulaires reçus, selon profession déclarées	Non Réponse Partielle SEP	Non Réponse Partielle SD	Non Réponse Partielle SAP
Psychomotricien	19.05	14.29	4.76
Psychologue	9.68	8.06	14.52
Médecin toutes catégories	17.31	5.77	9.62
Kinésithérapeute salarié	21.43	19.05	23.81
Infirmier(e)	14.62	13.16	24.85
Infirmier(e) coordonnateur/ -trice	12.24	8.16	24.49
Ergothérapeute	10.00	10.00	23.33
Cadre infirmier	15.15	9.09	21.21
Assistant(e) de soins en gériatrie	25.00	33.33	50.00
Aide médico-psychologique / aide soignant(e)	22.29	16.92	29.66
Agent des services hospitaliers	23.78	22.15	33.74
Total	20.48	16.79	28.50

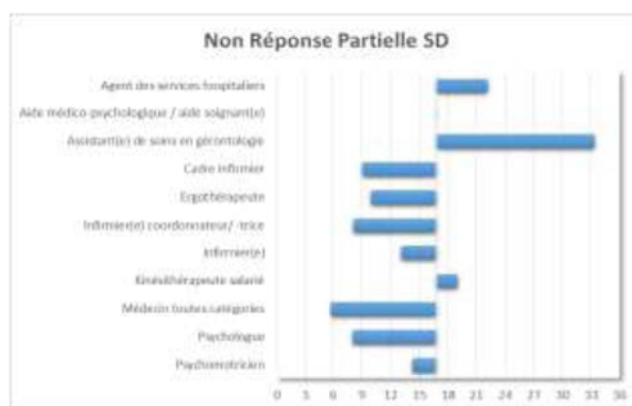
En rouge les valeurs significativement supérieures à la moyenne de l'échantillon

Ainsi, environ 20.5 % des formulaires reçus présentent des non réponses aux questions relatives au SEP, 16.8 % ne répondent pas aux questions en rapport au SD et 28.5 % ne le font pas pour ce qui est du SAP.

Une analyse plus détaillée concernant le SEP (voir graphique) montre que les Agents des Services hospitaliers, les Aides-soignants, les Assistants de soins en gériatrie et les Kinésithérapeutes présentent des taux de non-réponses significativement plus élevés que le reste des répondants. Or, ce sont justement ces catégories-là, celles qui sont les plus susceptibles d'avoir un SEP élevé (voir l'équation de base).

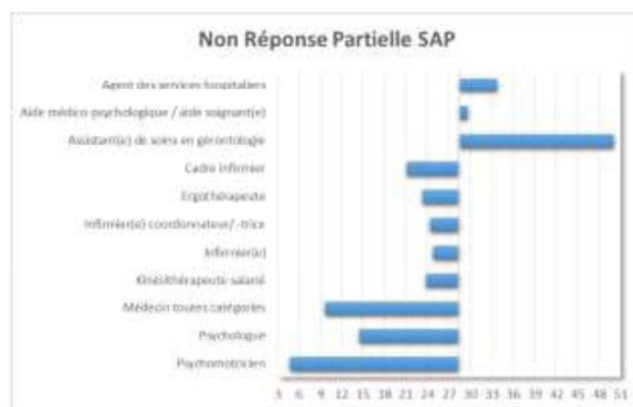


En ce qui concerne le SD, on trouve un résultat semblable : les Agents des services hospitaliers (plus de 22%) les Assistants de soins en gériatrie (un tiers des questionnaires non remplis par rapport aux collègues) et les Kinésithérapeutes salariés (plus de 19 % de non-réponses au SD) présentent des taux de non-réponse supérieurs à la moyenne de l'échantillon.



On retrouve encore les trois catégories bien exposées au phénomène de dépersonnalisation (variables très significatives dans l'équation de base).

Pour ce qui est du SAP, on constate particulièrement le comportement des Assistants de soins en Gériatrie. En effet, les non réponses représentent 50 % du total des Assistants ayant répondu (total ou partiellement) à l'enquête. On retrouve encore une fois, les Agents des Services hospitaliers et les Aides-soignants, avec des taux de non-réponse supérieurs à la moyenne de l'échantillon.

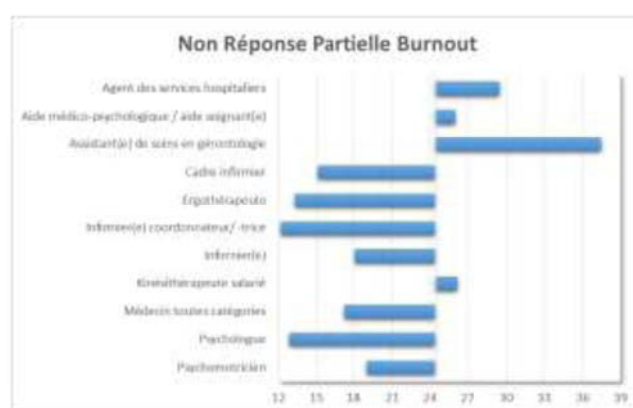


Le croisement de la variable binaire « Non réponse partielle au burnout » avec les professions montre qu'un peu plus de 24 % des répondants à l'enquête n'a pas rempli un ou plusieurs composantes de l'indicateur de burnout.

En % du total des formulaires reçus, selon profession déclarées	Non Réponse Partielle Burnout
Psychomotricien	19.05
Psychologue	12.90
Médecin toutes catégories	17.31
Kinésithérapeute salarié	26.19
Infirmier(e)	18.13
Infirmier(e) coordonnateur/-trice	12.24
Ergothérapeute	13.33
Cadre infirmier	15.15
Assistant(e) de soins en gériatrie	37.50
Aide médico-psychologique / aide soignant(e)	26.02
Agent des services hospitaliers	29.47
Total	24.44

En rouge les valeurs significativement supérieures à la moyenne de l'échantillon

Il y a quatre professions qui ont des taux de non-réponses significativement supérieurs à la moyenne : les Agents des Services hospitaliers (environ 30 %), les Aides-soignants (26 %), les Kinésithérapeutes salariés (26 %) et les Assistants de soins en gériatrie (37.5 %).



Trois des quatre professions sont statistiquement susceptibles de subir le phénomène du burnout (voir équation de base). La quatrième, les Assistants de soins en gériatrie pose problème : cette profession n'apparaît pas comme significative en termes de burnout (elle

l'est en termes de SD et de SAP, mais non en termes de SEP). Toutefois, on ne peut pas écarter l'hypothèse de "*healthy worker effect*" : les personnels de soins atteints de burnout auraient une tendance à ne pas répondre à l'enquête et de ce fait, non seulement le taux de burnout serait fortement sous-estimé mais encore certaines catégories de personnel soignant pourraient ne pas être détectés par l'analyse économétrique. De ce fait on peut déduire que le taux de burnout des non-répondants partiellement à l'enquête doit être bien supérieur aux taux calculés pour les seuls répondants (soit 8.1 % ou 20.6 % selon la méthode utilisée).

Une mesure (très) indirecte de l'existence du "healthy worker effect"

Une manière indirecte de mesurer, tout au moins partiellement, l'existence du "*healthy worker effect*" est d'utiliser certaines questions dont le nombre de non réponses est assez faible. C'est le cas pour les « attitudes ». Les attitudes qui nous intéressent ici sont celles liées à la « socialisation », autrement dit à l'interaction des répondants avec leur entourage (l'axe D2 de l'ACP) : « en parler avec les amis », « en parler avec les collègues », « en parler avec son conjoint ».

On sait que les « attitudes de socialisation » sont un très bon indicateur pour expliquer le SEP (négativement), le SD (négativement), le SAP (positivement) et le burnout (négativement dans ces deux versions, cut-off points et terciles). En effet, l'axe 2 de l'ACP est statistiquement très significatif dans l'équation « attitudes ».

Si l'on fait l'hypothèse que les non-réponses partielles « cachent » une forte proportion de sujets atteints de burnout, la corrélation entre les non-réponses et l'axe 2 doit être statistiquement significative. Cette incapacité à « communiquer » peut se traduire, par rapport à l'enquête, comme une incapacité à remplir le questionnaire dans son intégralité.

Pour faire le calcul, on divise d'abord l'axe 2 en terciles, pour ensuite effectuer un croisement avec les variables de non-réponse partielle. Enfin, on teste les résultats pour valider l'hypothèse de départ.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	NR SEP	NR SD	NR SAP	NR Burnout	Total
1 Socialisation négative	37.90	41.33	36.30	39.21	33.32
2 Socialisation moyenne	28.95	29.78	34.31	28.35	33.32
3 Socialisation positive	33.14	28.89	29.39	32.44	33.36
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Khi ² (Valeur observée)	7.984	15.893	8.235	15.349
Khi ² (Valeur critique)	5.991	5.991	5.991	5.991
DDL	2	2	2	2
p-value	0.018	0.000	0.016	0.000
alpha	0.05	0.05	0.05	0.05

Interprétation du test :

H₀ : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

H_a : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H₀, et retenir l'hypothèse alternative H_a.

Dans tous les cas les individus qui n'ont répondu que de manière partielle sont corrélés significativement (avec 95 % des probabilités) avec les individus de « socialisation négative » (c'est-à-dire, avec ceux qui ne communiquent pas).

Or ce sont justement ceux qui sont les plus corrélés avec les indicateurs de burnout. On peut donc conclure, qu'il y a une probabilité significativement non nulle d'expliquer la non-réponse partielle ou totale aux items correspondants au burnout par l'existence même d'un burnout au sein des non-répondants. Autrement dit, le phénomène de "*healthyworkereffect*" ne peut pas être exclu des résultats statistiques.

Le "healthyworkereffect"... quel impact sur le taux de burnout ?

Pour évaluer l'impact potentiel du phénomène de "*healthyworkereffect*" on peut effectuer une simulation purement statistique.

Pour uniquement les quatre catégories professionnelles pour lesquelles on a détecté un fort taux de non-réponse partielle, on prendra le taux de burnout observé sur les questionnaires complets auxquels on additionne 5, 10 et 15 points de pourcentage. Autrement dit, si pour les Agents de Service Hospitaliers le taux de burnout observé (en utilisant les cut-off points) est de 10.09 %, on ajoute les valeurs simulées uniquement pour les non-réponses partielles. Autrement dit, pour les Agents de Service Hospitaliers qui n'ont pas complété le formulaire, par exemple, on supposera que le taux est, alternativement, 15.09 % (+5 %) ; 20.09 % (+10%) ou 25.09 % (+15%). On applique la même méthode pour les autres 3 catégories involucrées, tout en gardant le même taux observé pour les autres catégories de personnel soignant.

On effectue le même exercice dans le cas du burnout calculé à partir de terciles. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Observé		Simulé					
		+ 5%		+ 10%		+ 15%	
Taux de burnout selon cut-off points	8.1%	9.2%		10.2%		12.3%	
Intervalle de confiance à 95 %	6.8% 9.4%	8.1%	10.5%	9.0%	11.5%	11.0%	13.7%
Taux de burnout selon terciles	20.6%	21.9%		22.9%		24.9%	
Intervalle de confiance à 95 %	18.8% 22.4%	20.2%	23.6%	21.2%	24.7%	23.1%	26.7%

Bien sûr, l'exercice n'est que partiel. On ne peut pas corriger le taux pour les non-répondants absolus (en raison de démission de l'agent, absence au moment de l'enquête ou refus de réponse). En outre, on ne dispose pas de données de redressement pour augmenter la représentativité de l'enquête par rapport à la structure de la population du personnel soignant en France.

En somme, on doit considérer que 8.1 % ou 20.6 % sont des taux de burnout qui se trouvent dans la limite très inférieure de la fourchette contenant les « vraies » valeurs, dont on ne connaît la limite supérieure mais qu'on peut supposer **plus proche de 25 % que de 8 %**, si l'on suit les conclusions de Schaufeli.

It is concluded that extreme caution is required when cut-off points are used to classify individuals by burnout scores; only nation-specific and clinically derived cut-off points should be employed ...

Percentile ranges have greater flexibility in allowing the delineation of individuals with unusual or extreme values. ...

In conclusion, our study illustrates that one should be extremely cautious when using cut-off points for the classification of burnout levels. It does not make sense to use cut-off points that are obtained in one country to classify subjects in another country. And, it does not make sense to use cut-off points that are obtained for a "normal" working sample to classify subjects as clinically "burned out". Yet, by using clinically derived, nation-specific cut-off points we can learn more about the incidence of burn-out in working populations. Moreover, cross-national research on burnout can clarify this construct and at the same time provide greater insight into the relationship between cultural norms and stress.

Wilmar B. Schaufeli and Dirk van Dierendonck "A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-Off Points for the Maslach Burnout Inventory". In Psychological Reports, 1995, 76, 1083-1090.

Références bibliographiques

- Bakker Arnold B., Evangelia Demerouti and Wilmar B. Schaufeli, "Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet Study across Occupations". *This research is part of the concerted research action on "Fatigue at Work" granted by the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO) (# 580-02-202). Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 245-260. 2002
- Glasberg João, Louise Horiuti et alii, "Prevalence of The Burnout Syndrome Among Brazilian Medical Oncologists". *Rev. Assoc. Med. Brasileira* 2007; 53(1): 85-9.
- Karabiyik Lale, Melek Eker and Adem Anbar, "Determining the Factors That Affect Burnout among Academicians". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 63-2. 2007.
- Kord Baqer « Influence of Socio - Demographic Factors on Job Burnout of Standard and Industry Employees ». *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* July 2012, Vol.38, No.2, 344-351.
- Kovács Bernadett & Anikó Kézdy, "Religious Belief and Burnout". *European Journal of Mental Health* 3 (2008) 2, 253–265 DOI: 10.1556/EJMH.3.2008.2.5
- Lasalvia Antonio, Chiara Bonetto and alii, "Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff". *The British Journal of Psychiatry*. 195:537-544. 2009
- Laura Borgogni, Chiara Consiglio, Guido Alessandri & Wilmar B. Schaufeli: "Don't throw the baby out with the bathwater!" *Interpersonal strain at work and burnout, European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21:6, 875-898. 2012
- Manhas Coral and Arti Bakhshi « Gender Differences in Burnout among HIV/AIDS Counselors in North India ». *Public Policy and Administration Research* www.iiste.org ISSN 2224-5731 (Paper) ISSN 2225-0972 (Online) Vol.1, No.1, 2011.
- Maslach Christina, Michael P. Leiter and Wilmar Schaufeli, "Measuring Burnout", Chapitre 5, 2008.
- Maslach Christina, Wilmar B. Schaufeli, and Michael P. Leiter « Job Burnout ». *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52:397–422.
- Montero-Marín Jesús, Ricardo Araya et alii, "Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types". *BMC Public Health* 2012, 12:922.
- Mukundan Jayakaran and Koroush Khandehroo, "Burnout among English Language Teachers in Malaysia". *Contemporary Issues In Education Research* – January 2010 Volume 3, Number 1
- Myendeki Akhona Nangamso, "Job Stress, Burnout and Coping Strategies of South African Police Officers". *Department of Psychology University of Fort Hare*. 2008

- Parker Sharon K., Mark A. Griffin and Christine A. Sprigg, « *Effect of Temporary Contracts on Perceived Work Characteristics and Job Strain: A Longitudinal Study* ». Personnel Psychology vol. LV, n° 3, autumn 2002.
- Schaufeli Wilmar& Arnold Bakker, "*Utrecht Work Engagement Scale Preliminary Manual*", Version 1, November 2003. Occupational Health Psychology Unit. Utrecht University
- Schaufeli WilmarB. and Dirk van Dierendonck "A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-Off Points for the Maslach Burnout Inventory". In Psychological Reports, 1995, 76, 1083-1090.
- Vasey Catherine et Angelo Vicario« *Burnout : le détecter et le prévenir* ».Editions Jouvence, 2007.
- Wachholtz Amy and MaiLanRogoff, « *The relationship between spirituality and burnout among medical students* ». Journal of Contemporary Medical Education, 2013; 1(2): 83-91.

Annexe 6

Réponses recueillies à la question ouverte n° 43

- [1] Ne travaillant seulement qu'à mi-temps et pour une courte durée il m'est plutôt difficile de répondre.
- [2] Que le groupe utilise ses bénéfices financiers pour améliorer les conditions de travail des salariés et les conditions d'accueil des résidents.
- [3] La violence institutionnelle engendre la maltraitance institutionnelle.
- [4] Plus de considération pour le travail que l'on fournit au soin des résidents par le groupe (financière et remerciements.)
- [5] La sous-estimation ne permet pas d'avancer, travail intéressant en EAPAD.
- [6] La réalité des uns n'est pas forcément celle des autres. Je fais ce métier par vocation, c'est tout.
- [7] Aimer son travail amène toujours une grande satisfaction.
- [8] Une aide en lingerie.
- [9] Pas assez d'internes au regard de la qualité du management et de la communication.
- [10] Trop de résidents à s'occuper pour un soignant. Que fait-on du travail dans l'humanité ? Ce n'est pas des *[mot illisible]* que l'on doit s'occuper mais d'être humain.
- [11] (La direction) Etre plus proche des résidents et du personnel de soin, montrer plus de gratitude envers l'équipe soignante.
- [12] Penser à former le personnel des qu'il y a un changement dans le travail, et surtout envoyer les personnels sans diplôme en formation pour qu'ils apprennent.
- [13] Question peu adaptée quant à la religion.
- [14] Un peu plus de surveillance des soins, éviter de laisser les patients mouillé sous prétexte qu'ils sont *[mot illisible]*.
- [15] Ce travail va nous rendre fou. Il ne paye pas, on travaille souvent seul.
- [16] J'aime bien mon métier, mais le salaire ne correspond pas à la charge de travail, merci de favoriser notre salaire.
- [17] Super grande sensibilité pouvant être un atout ou un inconvénient dans mon métier ou dans ma vie.
- [18] Ce qu'on oublie souvent c'est qu'on travaille sur des humains et on nous demande de plus en plus (ménage, papier...) on passe de moins en moins de temps avec les résidents.
- [19] Réponse parfois inadaptées aux questions. Non anonyme dans l'établissement.
- [20] Les personnes sont réticentes et pas de communication directe.
- [21] L'établissement est agréable, le personnel n'est pas très communicatif les transmissions ne sont pas faites correctement. Chacun fait ce qu'il veut. Manque de coordination dans l'ensemble du personnel et de la direction. A Revoir.
- [22] Pas assez de formations (plus de possibilités financières du groupe, nous dit-on....)
- [23] Avoir un lieu de repos adapté pour un repos maximum lors des pauses.
- [24] Par le manque de personnel le prendre soin du résident n'ai pas complètement satisfaisante.
- [25] A cause du manque de personnel, de prendre soin du résident est bâclé. C'est dommage.
- [26] Chaque jour est une remise en question. On apprend tous les jours des résidents comme des collègues.
- [27] Le changement de personnel par des intérimaires qui sont régulier perturbe les pensionnaires ... Jamais la même personne. Manque de personnel.

- [28] Il faudrait un peu plus de personnel.
- [29] Avoir une vraie salle de repos.
- [30] Les salaires et leurs évolutions restent peu motivants.
- [31] Paye insuffisante, manque de personnel.
- [32] Pour beaucoup de question, une réponse oui/non semble être plus adaptée.
- [33] Pas assez bien rémunéré
- [34] Je suis assez content de travailler pour Clinéa Port Royal. Augmentation du salaire des intérimaires.
- [35] Ne pas avoir constamment du stress au travail.
- [36] Le questionnaire concerne plutôt les soignants et non le personnel administratif.
- [37] En unité Alzheimer certaines familles sont très exigeantes et compliquent énormément la prise en charge quotidienne des résidents.
- [38] Je travaille à la résidence Orpéa depuis 1999. J'ai travaillé 6 ans, j'ai été à la retraite pendant 5 ans, et j'ai repris mon travail avec beaucoup de bonheur, et j'en remercie ma directrice.
- [39] Le métier d'assistant de service social devrait être mieux reconnu chez Orpéa. Envisager une réunion de service entre assistants de service sociaux des cliniques Clinéa est indispensable une fois dans l'année. Surtout si les professionnels ont des difficultés et souhaitent le partager avec des collègues et la direction générale.
- [40] Les salaires et leurs évolutions restent peu motivants.
- [41] Régulariser les salaires pour les vrais acteurs plutôt que pour les actionnaires afin de leur offrir des cuillères en or avec lesquelles ils étaleraient le caviar qu'ils se servent déjà sur leurs tartines du matin !!
- [42] Que veut dire ragaillardie
- [43] Le plus gros problème pour moi c'est les collègues qui ne respectent pas le travail des autres donc on refait plusieurs fois mais ça ne sert à rien.
- [44] Plus de personnel permettant une meilleure prise en charge des résidents, ainsi que moins d'absence pour surmenage.
- [45] Les réponses que vous mettez ne correspondent pas à la question (1ere partie) et il est difficile d'y répondre.
- [46] La rentabilité des établissements médico-sociaux est importante mais pas au point d'oublier des personnes qui y résident. Leur vulnérabilité ne doit pas être utilisée comme un moyen... Respecter les personnes âgées est une obligation de l'établissement mais respecter les soignants qui s'en occupent devrait être une obligation du directeur d'exploitation.
- [47] Que l'on soit plus à l'écoute, plus de confiance et que l'on soit compris avec respect.
- [48] Qu'on soit écouté, compris et qu'on est confiance en nous.
- [49] La direction prenne position face aux demandes de ses employés, même contradictoires avec les décisions de la haute direction.
- [50] Oui mon travail me plaît mais les conditions sont vraiment difficiles (temps, turn over du personnel.)
- [51] Il n'y a pas d'indications quand on parle des autres, il s'agit des patients ou des collègues (les réponses seraient diamétralement opposées)
- [52] Diminuer notre charge de travail
- [53] Charge de travail important, manque de personnel.
- [54] L'esprit d'équipe devrait être induit par Orpéa ou l'équipe de direction, notion d'exemple, de devoir, de valeurs positives. Induire un esprit d'équipe par la valorisation du sport, par la participation financière lors d'une pratique sportive ou des rencontres Ludo-sportives entre résidents Orpéa.
- [55] Sensation parfois de ne pas être écouté par la direction. (haute)
- [56] J'adore mon travail
- [57] Pour le bien-être au travail il faudrait que la hiérarchie se rende compte par elle-même des charges que nous avons à effectuer. N'oublions pas que nous travaillons avec des personnes (et non des objets) à mobilités réduites.
- [58] Bonne ambiance et esprit d'équipe avec l'équipe para médicale. Une directrice à l'écoute, juste et disponible pour le personnel.

- [59] Que notre travail soit beaucoup plus reconnu avec des primes et de la reconnaissance verbale de nos supérieurs.
- [60] Revalorisation des salaires !!!
- [61] Prendre connaissance du résultat de cette enquête.
- [62] Charge de travail inadéquate avec l'équipe soignante. Direction pas du tout exigeante avec les « histoires », trop laxiste, prise de décision en désaccord avec les soignants (chantage). Ils se considèrent supérieur aux aides-soignants alors que c'est travailler en collaboration.
- [63] Merci à vous de nous permettre une grille de [mot illisible]. Bonne mise au point.
- [64] Je trouve qu'il manque des propositions ou qu'elles ne se prêtent pas aux questions demandées (ex : 1ere page »)
- [65] Façon de travailler de la cadre de santé à revoir sinon ça va de mal en pire. Merci.
- [66] Prendre de soin de soi c'est prendre soin des autres.
- [67] Manque d'entente, d'entraide de solidarité, d'empathie = mauvaise ambiance = maltraitance.
- [68] Manque de conscience professionnelle de la part de la direction.
- [69] Etablissement avec beaucoup de problème d'organisation, point positif établissement neuf locaux adaptés.
- [70] Trop de sources de dysfonctionnement m'épuisent. Manque de rigueur pour certains collègues + manque de professionnalisme rendent mon travail difficile et usant psychologiquement. Consciente d'avoir de beaux locaux et du bon matériel (sauf chariots médicaments non ergonomiques)
- [71] Tenir compte de ces questionnaires.
- [72] Le travail est difficile surtout le weekend nous avons 42 chambres à faire contre 28 en semaine.
- [73] Effectivement certaines questions me semblent « décalées » inadaptées, d'autres indiscrètes.
- [74] Toujours le même problème, Manque de personnel pour une bonne prise en charge des résidents. Horaires inadaptés et usants.
- [75] J'aimerais mieux approfondir mes connaissances sur la maladie d'Alzheimer pour mieux prendre en charge les résidents, l'observation, l'approche, l'écoute.
- [76] Augmenter le salaire + le 13eme mois.
- [77] Je dirais que les tâches que l'on nous donne chaque jour sont trop importantes pour une seule année !!!
- [78] Rien à dire.
- [79] Avoir plusieurs de personnes dans le travail diplômées pour chaque service, pour améliorer ou créer des activités personnelles (ex : bain détente pour une résidente)
- [80] « Allons y doucement nous sommes pressés. »
- [81] Le travail c'est la santé.
- [82] Trop de charge, 28 chambres par jours + déjeuner et partie communes. 44 chambres le samedi et dimanche + déjeuner et partie commune.
- [83] J'apprécie énormément de travailler pour nos aînés, c'est un métier magnifique pour moi j'apprends.
- [84] Reçu ce questionnaire le 04/06/2013
- [85] Reçu le 04/06
- [86] Le temps, le manque de personnel qualifié, les surcharges de travail ne permettent ou ne facilitent pas une « bonne prise en charge » d'un résident, sensation de plus en plus de devoir faire du travail à la chaîne alors que cela ne fait pas partie de nos fonctions.
- [87] Manque de personnel le soir pour les couchés.
- [88] Ces questions me semblent assez réductrices, je me retrouve difficilement dans les réponses proposées.
- [89] Changer de slogan.
- [90] Je souhaiterais qu'on tienne compte de l'avis du personnel pour les changements et la communication qui est la base de toute bonne relation.

- [91] J'espère que la nouvelle future direction sera à la hauteur de Monsieur SARTINI
- [92] Trop de travail pour un petit salaire !!!
- [93] En espérant que notre nouvelle direction soit à la hauteur des compétences de Monsieur SARTINI
- [94] Un petit effort au sujet de l'augmentation de salaire cela fait plusieurs années qu'on n'a pas été augmenté.
- [95] Que concluez-vous ?
- [96] Il y a certaines réponses qui ne sont pas adaptées à la question.
- [97] Il faut penser à une augmentation.
- [98] Un encouragement sur le plan financier.
- [99] Tout ce qu'on veut c'est de la reconnaissance et du temps pour s'occuper humainement de nos patients. De plus les nouveaux plannings nous imposent 2h de pause par jour et il est rare de pouvoir les prendre ! Nous cumulons les heures sup non payées !! C'est injuste et illégal.
- [100] La nouvelle organisation de travail ainsi que le nouveau planning nous oblige à travailler plus pour gagner moins et en plus de pouvoir s'occuper correctement de nos patients.
- [101] Je remarque que le stress et la fatigue ainsi que l'épuisement vient souvent du manque de personnel, les soignants pas remplacé, la charge de travail augmente mais les soignants ne sont pas plus, bien au contraire.
- [102] Pour un bon fonctionnement embaucher des AS en CDI
- [103] Diminution d'horaire, manque de personnel.
- [104] Souvent stressée et fatiguée car manque de personnel.
- [105] Faire notre travail correctement avec des remplacements correcte, travailler comme des ânes, je souhaiterais qu'on reconnaisse métier / travail qu'on fait, être payé pour ce qu'on fait, être respecté, et plus faire de différence entre les salaires.
- [106] Au bout de 40 ans de bons et loyaux services, la retraite sera la bienvenue... !!
- [107] Mécontente que lorsque commis de cuisine ou AS débordées cela seront les ASH qui aillent aider au détriment de leur travail. Epuisement moral et physique. Dans le cas contraire personne ne vient nous aider !!
- [108] Salaires trop bas, personnel non remplacé puisque nous sommes en période de crise. Où va l'argent ? Surement pas dans nos poches. Je vais démissionner. Faire du business sur le dos de nos anciens me dégoûte. Pourvu que chaque maison de retraite qui ressemble à la mienne soit amenées à disparaître. Un salarié dégoûté de la Rochelle.
- [109] Il faudrait dans ce milieu professionnel, beaucoup plus de personnel. Nous ne sommes pas en nombre et on ne donne pas assez de notre temps aux résidents alors qu'il faudrait. De plus depuis que je suis dans ce domaine je suis de plus en plus fatiguée, je donne beaucoup pour peu de reconnaissance.
- [110] On a tendance à oublier parfois la pénibilité de notre travail, un peu trop régulièrement que l'on ne nous remplace pas pendant nos absences, ce qui rend d'autant plus difficile la prise de recul, et ajoute stress et fatigue. La prise en charge se fait alors au détriment des résidents et notre santé.
- [111] Avoir un réel temps de parole institutionnalisé avec un psychologue n'appartenant pas à l'établissement au moins 2 fois dans l'année pour l'équipe soignante.
- [112] Agression = intrusion plus que fréquente de la part de la direction dans la vie privée de son personnel. Attaque et remarque à visée privée et non professionnelle. Brimades. Réprimandes. Dévalorisation, surveillance constante de la part de la directrice. Attention le personnel est sous tension constante.
- [113] Eviter d'être les boucs émissaires du personnel de direction et s'abstenir de faire des remarques d'ordre professionnel.
- [114] Une augmentation du salaire serait la bienvenue pour pallier à la pénibilité de notre travail. Plus de personnel serait souhaitable pour une meilleure prise en charge des résidents.
- [115] Le travail m'apporte beaucoup et sur le plan professionnel que personnel. Des fois je suis vraiment fatigué et je souhaite m'arrêter, mais au bout de 3 jours de repos, j'ai envie de reprendre son travail. Merci
- [116] Droits des employés bafoués, irrespect de la part de la direction à l'égard des employés, de l'injustice entre employés.
- [117] Mauvaise ambiance au sein de l'équipe mise en place par la direction, manque de respect des employés par la direction, corruption des syndicats par la direction.

- [118] Favoritisme, mauvaise gérance, l'employeur ne valorise pas les employés, mauvaise et manque de respect au niveau de l'accueil.
- [119] Manque de motivation pour l'employeur au niveau des salaires, pas de respect nous sommes des moins que rien, aucune communication entre les employés et la directrice. Que des engueulades, rabaisser les personnes si vous ne faites pas attention, vous avez beaucoup de démissions et ce sont les meilleurs qui partent.
- [120] ORPEA la vie continue et continuera aussi longtemps que possible.
- [121] La direction doit être formée à la bientraitance. Chaque salarié doit avoir un entretien avec un psychologue toutes les semaines, sur son temps de travail, cela éviterait des problèmes personnels d'envahir la vie professionnelle.
- [122] Plus de solidarité entre collègues.
- [123] Se sentir soutenu par la direction en cas de litiges serait agréable !! Une directrice ne doit pas prendre parti entre 2 salariés, cela s'appelle du harcèlement moral !!! Lorsque l'on est accusé à tort par une collègue + la directrice.
- [124] Je souhaite chacune ou chacun de nous puisse avoir sa place dans ce milieu en qualité de ce qu'il est ou de ce qu'il apprend comme formation ou connaissance et ses compétences.
- [125] Un bonjour de la part de la direction.
- [126] Une bonne réorganisation dans la charge de travail et la prise en charge des résidents s'impose pour avoir de meilleures conditions de travail donc meilleure ambiance dans les équipes.
- [127] Travailler tout simplement dans la sérénité. Augmenter le personnel travaillant en EHPAD.
- [128] Changer d'organisation des temps des soins. Faire des journées normales de 8h ou 12h pas de 6h.
- [129] Manque de concertation, trop de discorde dans les différentes équipes.
- [130] J'adore mon métier, mais il est normal que des jours soient plus durs que d'autres.
- [131] La réussite serait = « Je fais avancer les choses »
- [132] Depuis peu dans la structure je ne peux répondre à la question 38.
- [133] Plus de personnel à l'étage
- [134] Mon travail me plaît, m'occuper des autres, c'est ce que je veux faire, et mes résidents le rendent bien. Le seul problème, le manque de moyen (protections...) et de personnel qui peut être le seul point noir pour être en totale harmonie au travail.
- [135] Avoir une réunion du personnel pour mettre les choses à plat.
- [136] Les propositions de réponses me semblent peu réalistes par rapport à certaines questions.
- [137] Questionnaire très restrictif et induisant des réponses négatives.
- [138] Nous sentir plus valorisé dans notre métier.
- [139] Une remarque : pause dans la matinée. Et augmentation du personnel.
- [140] Les familles des résidents sont souvent très dures avec le personnel car reportent leurs peurs et angoissent sur nous. Il faut gérer également ces personnes.
- [141] Je proposerai à mon humble avis que la direction pour son personnel ait un suivi régulier et organise de temps en temps des recyclages sur le métier.
- [142] Plus de considérations pour le personnel.
- [143] Je suis déçue par le salaire et estime qu'on travaille pour rien. Merci.
- [144] Le respect de la qualification du soignant ainsi que la réinstauration des repos compensateurs pour une meilleure prise en charge.
- [145] Aucune statistique quelque qu'elle soit sa validité, sa sensibilité, sa fiabilité, ne saurait refléter l'exacte réalité du vécu et des sentiments éprouvés par les équipes qui travaillent auprès des PA atteintes de démence de type Alzheimer. J'espère que cette recherche a pour ambition d'améliorer la connaissance du travail fait dans nos structures, pour faire évoluer les conditions de travail des salariés aux bénéfices de nos résidents.
- [146] RAS (A chacun son travail !)
- [147] Nous nous faisons de plus en plus agresser et insulter par nos résidents et leurs familles (pas assez soutenu, et nous sommes souvent à 2 doigts de la dépression !!). Plus de reconnaissance par rapport au métier que nous exerçons.

- [148] Réponse inappropriée aux questions. Manque certaines phrases ou mot pour répondre.
- [149] Heures mise en place empiète sur notre vie personnelle d'où la frustration. Prise en charge trop lourde par rapport au personnel présent. Roulement négatif alors que l'ancien allait très bien à l'équipe.
- [150] Trop de changements d'un coup sans tenir compte de l'avis du personnel soignant d'où l'épuisement, la frustration de ne pas être entendu. Surcharge de travail par rapport au personnel mis en place. Etablissement très beau et propre.
- [151] Me plaît dans l'établissement ou je travail. Epanouissement dans un métier. Souhaiterais évoluer et devenir aide-soignant (VAE)
- [152] L'arrivée sur ce poste il y a 9 mois m'a permis de retrouver la possibilité d'être en accord avec mes valeurs professionnelles.
- [153] Questionnaire peu adapté me semble-t-il pour notre établissement car nous recevons peu de patients atteints de la M.A.
- [154] Il est difficile d'être en adéquation entre notre métier de soignant et les moyens donnés éventuellement.
- [155] Je ne comprends le calcul des heures pour la paye (des centaines d'heures.)
- [156] La diminution de l'effectif du personnel peut engendrer une mise à l'échec et donc une baisse de l'estime de soit ainsi qu'une prise en charge difficile du résident. Au lieu de penser budget pourquoi ne pas penser au bien être des résidents ?
- [157] Questionnaire incompréhensible, réponse non appropriées.
- [158] Réponses non adaptées aux questions.
- [159] Augmentation du salaire.
- [160] Payer les heures supplémentaires.
- [161] Merci de cette initiative, espérant que l'impact sera positif pour nos conditions de travail.
- [162] Pas assez de personnels donc pas le temps de s'occuper de son mieux du résident (bien être). Dommage car la personne aidée reste le centre de la problématique.
- [163] Questionnaire rempli par un membre du personnel de nuit.
- [164] Pourrions-nous avoir le 13eme mois et être augmenté les Dimanches SVP ? Vu les conditions de la crise, ça ne sera pas de trop. Merci.
- [165] Je souhaiterais avoir le 13 mois du au travail trop dur Merci.
- [166] Je travaille surtout l'après-midi et le soir.
- [167] Non
- [168] Il m'arrive de me sentir découragé dans mon travail sur les disfonctionnement de l'institution ou par les équipes parfois mal formées ou en sous-effectif. Rarement par les résidents.
- [169] Plus de formation pour le personnel non diplômé.
- [170] RAS
- [171] Je trouve que c'est très enrichissant de travailler avec les personnes âgées atteintes de démence ou autres, ça fait réfléchir sur son prochain et sa vie personnelle.
- [172] « Un peu plus de personne » ou voir planning en 10h
- [173] Anticipation maitre mot
- [174] Continuer longtemps à travailler à l'unité protégée et me sentir utile.
- [175] Je souhaiterais avoir un retour sur l'enquête au niveau national mais aussi propre à notre établissement. Bon dépouillement.
- [176] Il est dommage qu'il est souvent du manque de personnel et donc ça porte préjudice au bien être des résidents.
- [177] Qu'il y ait la qualité suffisante pour une prise en charge globale du résident afin d'obtenir des soins adaptés et de bientraitance. La bientraitance cela concerne également tous les personnels. Cela devient dommage d'entendre parler que de budget financier dans un service où sont soignés des êtres humains.
- [178] Manque de personnel trop souvent.
- [179] Plus d'embauche en CDI car c'est épuisant d'expliquer chaque jour les mêmes choses à des personnes différentes.

- [180] Rien
- [181] Ce qui est le plus difficile c'est le manque de personnel. Obtenir la même qualité de service est dans ce cas difficile, et là cela devient épuisant et frustrant.
- [182] Augmentation du salaire, avoir le 13eme mois en 2 fois dans l'année.
- [183] Le manque de personnel influence beaucoup la qualité des soins, la patience des soignants.
- [184] Il est indispensable avoir d'analyse pratique professionnel 1 fois/ mois ou tous les 6 semaines.
- [185] Le manque de personnel.
- [186] Ce qui fatigue le + c'est la manque de personnel dans ce secteur d'activité ainsi qu'une non reconnaissance parfois du travail fourni ce qui engendre de temps en temps une démotivation. Mais sinon j'apprécie mon travail. (AS)
- [187] Êtres humains dépendants et non avec des plans.
- [188] Nous possédons de moins en moins de temps pour nous occuper convenablement des résidents mais on nous demande de plus en plus. Je trouve aussi inutile la tonne de papiers qu'on nous demande de remplir sans cesse, et cela influe sur la qualité de travail. Trop d'exigences inutiles qui n'ont rien à voir avec le résident et trop peu de considération de la part de la grande direction ORPEA.
- [189] Nous aimerions avoir du personnel soignants afin d'avoir une meilleur prise en charge des résidents en plus.
- [190] A quoi sert ce questionnaire. A quoi va-t-il nous servir pour notre travail ?
- [191] Manque de personnel dans les services pour avoir un soin de qualité. Fatigue psychologique en U.S.A
- [192] En espérant avoir un retour du compte rendu.
- [193] Sommes que 2 personnes pour s'occuper de 13 résidents actuellement, voir 14, ménage complet de l'unité compris. Souhaiterions 1 personne en plus pour être moins stressées et avoir plus de temps pour le résident.
- [194] En 38 rubriques management inadapté sans préciser à quel niveau
- [195] Tout cela dépend de l'ambiance au travail, le manque de personnel qui affecte le travail.
- [196] Le manque de personnel ne nous permet pas de prendre en charge correctement les résidents et devient stressant et frustrant.
- [197] Je me sens épuisé en ce moment dans mon lieu de travail.
- [198] Je trouve la question N°5 incomplète, il aurait peut-être fallu (ou j'aurai voulu rajouter personnellement) rajouter « à cause d'un rythme de travail intense ou un effectif en baisse.
- [199] J'aime mon métier et j'en accepte volontiers les difficultés.
- [200] Je suis contente dans mon travail.
- [201] Va-t-on permettre à nos anciens de vieillir dans de bonnes conditions sans etre un numéro au milieu de 16 toilettes ! Et nous soignants, ne plus etre que des torches culs, et avoir de la reconnaissance. Mais avec ORPEA c'est impossible c'est incompatible -> actionnaires d'abord...
- [202] Le manque de personnel ne nous permet pas d'être auprès des résidents suffisamment.
- [203] Ambiance dans l'équipe de pire en pire.
- [204] Respect de la personne (employé)
- [205] Le manque de personnel contribue à notre fatigue ce qui implique que la prise en charge du résident en souffre aussi. Inefficacité.
- [206] Le manque de personnel.
- [207] Le manque de personnel a un impact sur la qualité du travail envers les résidents pour certains collègues.
- [208] Les propositions ne sont pas toujours adaptées à nos réponses.
- [209] Une formation sur la maladie d'Alzheimer serait la bienvenue.
- [210] Suppression de poste donc trop de charge de travail du à la réduction du personnel.
- [211] Manque de personnel plus de travail.

- [212] Les suppressions de postes poussent nos responsables à changer le planning du personnel restant, ce qui causent beaucoup de fatigues physiques et morales ainsi qu'un manque de matériels qui pénalise le personnel dans leurs soins et les patients dans leur prise en charge.
- [213] Le métier de soignant est très exigeant, fatigant mais très mal connu et reconnu. De l'écoute et de la compréhension sont toujours des plus appréciés.
- [214] Pour avoir un travail de qualité il faudrait le matériel disponible au lieu de chercher dans les étages et perdre du temps.
- [215] RAS
- [216] Bougez-Vous
- [217] Les questions sont très intéressantes on se sent que l'on s'occupe des soignants.
- [218] Pas d'évolution, on régresse dans notre travail.
- [219] Je n'arrive pas à faire plus de 2 ans dans une structure car il y a toujours des éléments perturbateurs dans une équipe (arrive toujours en retard, ne fait pas son travail...). N'importe quel travail ou charge de travail peut être fait correctement et dans la bonne humeur lorsque l'équipe est unie et que chacun commence par faire son travail (sinon « cercle vicieux »)
- [220] La difficulté de nos métiers dans l'approche de la maladie se situe aussi par rapport aux familles qui sont bien plus difficile que nos résidents. La moyenne d'âge étant de plus en plus importante et donc l'état des résidents de plus en plus lourds.
- [221] Ceci n'est pas très anonyme
- [222] Une augmentation ?
- [223] Pour le bien-être de nos chers résidents ne supprimez pas les crèmes de massage (pour leur confort) et pour leur bien être **REMPLACEZ NOUS !**
- [224] Une augmentation !
- [225] J'aime mon travail, ce que je ne supporte plus ce sont les conditions de travail. Manque de personnel, grosse charge de travail. Nous traitons de l'humain et nous ne sommes pas non plus des machines. La maltraitance est l'actualité et à tous niveaux = salariés comme résidents.
- [226] Une superbe profession à la base mais les conditions de travail deviennent impossible. Nous gérons des personnes âgées et non des boîtes de conserves. Donnez-nous des collègues au lieu de faire du bénéfice. Soignants et soignés sont maltraités.
- [227] Manque de personnel
- [228] Aimerais que l'on remarque un peu plus l'efficacité de notre travail
- [229] Avoir du matériel
- [230] Tant que les effectifs du personnel soignant ne sont pas améliorés, il y aura toujours des problèmes.
- [231] Revoir la grille des salaires pour les personnes travaillant en gériatrie.
- [232] Votre questionnaire est « anonyme ». Pourtant vous avez plutôt vite fait de retrouver la personne qui l'a fait... Naïveté « plutôt NON ». A votre disposition....
- [233] Pas de reconnaissance malgré le travail effectué (primes, augmentation...)
- [234] Des équipes seraient complètes selon les effectifs prévus par la législation.
- [235] Pour le travail mon métier me plaît par contre on n'est pas bien payé.
- [236] Supprime les postes, pas assez de personnel.
- [237] Je trouve que mon service est lourd et il n'y a pas assez de personnel pour ce service !
- [238] Une prime de travail devrait être appliquée de manière systématique aux AS par rapport à la charge de travail et aux pressions venant de la direction (prime conséquente !!!)
- [239] Trop de stress par la directrice, et ne souhaite pas que j'évolue dans ma situation professionnelle.
- [240] Ce serait chouette de nous faire savoir que certaines familles ou résidents sont satisfaits de notre travail.
- [241] Je trouve bien cet établissement, y a le respect et l'écoute surtout dans l'administration.

- [242] Beaucoup de pression de la direction ce qui se répercute sur le travail de l'équipe soignante. Salaire moindre par rapport à la charge de travail. Charge de travail très important.
- [243] Satisfait d'avoir répondu à ce questionnaire.
- [244] Je suggère de faire tourner les équipes dans tous les étages afin d'équilibrer la charge de travail.
- [245] La pression et la non reconnaissance de la direction est très néfaste et impact sur les soignants.
- [246] Trop de charge de travail pour peu de personnel.
- [247] Le manque de reconnaissance, un « merci » est toujours agréable.
- [248] Un établissement bien organisé
- [249] Le stress émane de la direction et qui est palpable par l'équipe
- [250] Embaucher plus de personnel pour pouvoir prendre les résidents en charge plus efficacement. On aura plus de temps pour chaque résident et le travail sera abordé différemment. Merci
- [251] Dans tous les établissements de santé qui se respectent il se remarque un manque d'effectifs : dommage car la qualité des soins serait meilleure et plus rassurante.
- [252] Nous ne sommes pas assez nombreuses.
- [253] Grace à ORPEA nous avons le matériel nécessaire pour travailler et faisons beaucoup de formations mais nous avons perdu beaucoup de membres de personnel et notre « famille » s'est brisée et subissons beaucoup de pressions des familles et des résidents liées au manque de personnel (malgré toute notre bonne volonté) et aux exigences du groupe.
- [254] Question 40 : La réussite = réussir sa vie plutôt que réussir dans sa vie. L'essentiel est la vie, hors du travail.
- [255] Pas assez d'heures. Mal payé (Dimanche) ainsi que le salaire global. Demande trop de travail pour le peu d'heure de travail.
- [256] Bon questionnaire
- [257] Les questions n'ont pas toujours un rapport avec le travail que j'exerce.
- [258] Suggestions... concernant la question 1,2,3 mes réponses concernent les weekend de trois jours voir les temps de pauses pour les amplitudes de travail non respectées
- [259] Plus de motivation au niveau des équipes
- [260] Ce métier est un choix, il faut être dévoué et droit dans son regard pour son prochain. Il faut se sentir satisfait lors de son passage. Et apprécier la gentillesse des résidents.
- [261] Travailler auprès des personnes atteintes de la M.A. Notre profession n'est pas assez reconnue.
- [262] Choix des réponses rendu difficile par imprécision des propositions. Passage à temps partiel il y a 1 an, réponses en fonction.
- [263] Je suggère d'avoir un roulement en ce qui concerne les plannings ce qui éviterai l'épuisement.
- [264] Concernant la question N°42, on peut passer quasiment par tous les états cités selon les moments, les situations en présence, les endroits, etc...
- [265] Beaucoup trop de ménage, c'est dur surtout le weekend pas assez d'écoute pour le personnel, nous sommes très stressé au travail.
- [266] Pas assez de dialogue avec la directrice elle se braque.
- [267] Etre plus reconnue dans cette fonction, ce métier... Avoir plus de vacances pour être moins fatiguée.
- [268] Fromages et desserts non variés, toujours la même chose
- [269] Mettre en place des fiches de postes.
- [270] Plus de vacances seraient bienvenues pour être plus reposée et être plus performante.
- [271] Une question sur le « plaisir au travail » et « la motivation à venir au travail le matin » sur une échelle de 1 à 10 par exemple serait intéressante.
- [272] Besoin de changement dans cet établissement, certain personnel nuise à la santé de leur collègue et des résidents.

- [273] Beaucoup de questions trop personnelles et inadéquates. Pourquoi nos jours fériés sont-ils toujours en décalé alors qu'ils sont effectifs ?
- [274] Pouvoir poser nos congés payés sur es jours assurés et non plus sur les jours annuelles
- [275] Certaines questions ne sont pas assez développées pour y répondre.
- [276] La répartition du travail par rapport à chaque salarié
- [277] Une pointeuse afin que le personnel ne parte pas avant l'heure et que le matin ils arrivent à l'heure. Meilleure qualité de nourriture. D'autres animations proposées pour l'après midi
- [278] Certaines questions ne sont pas assez développées pour y répondre.
- [279] Merci de m'avoir fait confiance
- [280] Il serait bien que la direction soit plus à l'écoute du personnel soignant et que nous puissions effectuer nos taches journalières auprès des résidents avec plus de temps.
- [281] Les taches journalières étant de plus en plus lourdes, une personne en plus serait favorable. Merci de votre confiance
- [282] Très sympathique ce questionnaire
- [283] Ma remarque se situe au niveau de l'organisation du travail quotidien de la fiche de poste. Je souhaiterais une fiche de poste claire qui éviterait les aller et venus dans les différents services.
- [284] J'exerce un métier dont j'ai choisi et que j'aime. Je crois que j'ai le sens de l'altruisme et je me sens plutôt épanoui de consacrer du temps à ceux qui en ont besoin.
- [285] Travailler en EHPAD est une vocation dans le cadre d'un vrai métier.
- [286] Pour être épanoui dans son travail il faut des personnes pour aider au mieux les résidents. Avec du personnel le travail se fait plus tendrement. Toujours courir pour tout faire ce n'est pas acceptable.
- [287] Usure générale malgré mon intérêt intacte pour ce travail besoin que les choses bougent.
- [288] Améliorer plutôt les remplacements du personnel quand il est absent merci
- [289] Gérer les résidents comme « humain » et non comme un « budget »
- [290] J'aimerais qu'on tienne compte de l'avis du personnel
- [291] Aucune possibilité d'évolution dans ce genre d'entreprise.
- [292] Je ne comprends pas votre calcul de salaire IDE payé non pas sur les heures mais au prorata de ? Je souhaiterais une information plus claire. Merci
- [293] Nous avons pas de personne concernant la maladie d'Alzheimer
- [294] Changer de direction !!!
- [295] Le manque de personnel nuit gravement au bon fonctionnement de l'établissement !
- [296] Difficile de quantifier son ressenti par rapport aux critères donnés par ce document (1 fois par semaine etc...)
- [297] Travail non valorisé financièrement et non reconnue pour nos efforts.
- [298] Les jours les plus difficiles dépendent de la collègue ou les collègues de travail souvent trop blasés (qu'ils changent de métier) je ne supporte pas la maltraitance.
- [299] Comment instaurer un respect mutuel entre certains types de patients et les soignants ou alors briser l'amalgame entre soignant et boniche pour certains patients.
- [300] J'aime mon travail, j'aime mon lieu de travail mais je suis malheureuse
- [301] J'aurai bien aimé qu'un établissement qui n'a même pas 3 ans de fonctionnement puisse régler des problèmes techniques tel que clim chauffage et aussi matériels et produits pour bien faire notre travail
- [302] Je quitte la clinique après 2 ans de travail ou j'ai été témoin d'une aggravation progressive de la prise en charge des patients à cause d'une surcharge de travail et une absence d'encadrement efficace.
- [303] Merci
- [304] Trop de charge de travail mal distribué et organisé tout le travail tombe toujours sur les mêmes personnes fait qui fatigue et démotive certains professions.

- [305] Augmentation de salaire
- [306] Une augmentation
- [307] C'est un travail qui n'est pas assez rémunéré par rapport à la pénibilité des tâches
- [308] Je suis motivée au travail et souhaite exercer mon métier au mieux. Cependant je n'ai pas le temps nécessaire pour le faire. Je suis obligée de dépasser mon temps de travail ce qui est totalement insatisfaisant au regard des conditions de travail (80% imposé, Salaires bas, non reconnaissance de mon travail par certains patients, familles ou collègues cadre hiérarchique.. ce questionnaire l'atteste bien.)
- [309] Réunion de services pluridisciplinaire
- [310] Le métier soignant est difficile tant physiquement que mentalement malheureusement pas assez rémunéré et reconnu.
- [311] Avoir des collègues sur qui on peut compter (travail fait) cela éviterait de contrôler derrière elles !
- [312] On va en marche arrière toute !!! Travailler plus pour gagner moins !!
- [313] Besoin de reconnaissance par les salaires
- [314] Questions et réponses plutôt difficilement interprétables et complexes
- [315] Etre à bout depuis le matin mois, même plus envie de venir le matin.
- [316] Très bonne ambiance au travail, c'est bien de travailler en binôme sur les cas lourds quand c'est nécessaire
- [317] Le métier est bien, et je l'aime, mais dans certaine structure comme la nôtre la charge de travail est importante. Il nous faut du matériel.
- [318] J'aime bien mon métier, mais dans certaines maisons de retraite la charge de travail est lourde pour les soignants.
- [319] Demande une meilleure organisation de travail
- [320] Si chacun restait à sa place la bonne entente de l'équipe et du travail serait meilleur en particulier la lingère qui veut gérer beaucoup de choses.
- [321] Que chacun reste à sa place !!!
- [322] Rémunération d'une aide-soignante chez ORPEA (A REVOIR). Qui commande la résidence ARIANE, le directeur ou la lingère ? Le ménage n'est pas la priorité d'une aide-soignante.
- [323] Je ne me suis pas trompé de voie, seulement le corps a du mal à suivre mais toujours aussi motivé, j'aime les gens.
- [324] « Etudes portant sur différents aspects du bien-être au travail »... sans poser des questions autour des conditions de travail (horaires, roulement, professionnalité, salaires, matériel...) ?!
- [325] De plus en plus de travail et un salaire pas à la hauteur
- [326] 13ème mois
- [327] Le 13ème mois pour les IDE
- [328] Ce ressenti est pourtant fréquent lors du manque de personnel
- [329] J'adore mon travail actuel ! Merci de m'avoir laissé ma chance dans votre établissement
- [330] Trop de burn out et trop de commandants.
- [331] Bonne considération pour le personnel et valoriser leur travail.
- [332] Suis très heureux dans mon travail
- [333] Progression professionnelle serait d'un favorable pour moi
- [334] Je pense être souvent à bout parce que j'ai du mal à déléguer. J'aime bien tout contrôler également.
- [335] Il est dommage que ce questionnaire ne soit orienté que sur le résident et pas sur les familles
- [336] On aurait besoin de 1 ou 2 aides-soignants en plus dans le service !!
- [337] W ORPEA. Bon courage à Vous !
- [338] J'aime ce travail mais il y a un manque de personnel impressionnant ce qui nous épuise à long termes.
- [339] Augmenter les salaires et valoriser le métier

- [340] Merci
- [341] On ne tient pas suffisamment compte du souhait du résident. La famille du résident prend une place trop importante dans la vie de mon établissement.
- [342] Moins protocoliser les choses laisser plus d'initiatives individuelles, ne pas oublier l'humain (Résidents et employés). Donner les chèques de salaires en début de mois !!!
- [343] Nous faisons un métier très dur psychologiquement et physiquement, personne ne peut comprendre s'il ne l'a pas pratiqué, et on nous demande de plus en plus de choses à faire, et on manque de temps et de personnel pour pouvoir s'occuper des personnes à 100%, mais je pense que ORPEA en a rien à faire des résidents et qu'il pense qu'à l'argent qui vont gagner grâce à leur vieillesse. C'est une honte !! Surtout qu'en plus nos payes sont minables.
- [344] J'adore mon métier
- [345] Une petite suggestion, ne pas oublier que les résidents sont des personnes à part entière et libre de ses choix, n'ont pas comme des portefeuilles géants !!!
- [346] Travail trop difficile, pas assez payé et pas assez de considération.
- [347] Le confort et le bien être des résidents (patients), commençant d'abord par le confort et le bien être des soignants. Avoir une réflexion sur comment améliorer notre situation au quotidien...
- [348] Beaucoup d'arrêt dans la structure qui ne sont pas ou très peu remplacé et donc plus de travail pour l'équipe soignante peu soutenu par la direction.
- [349] Manque de temps pour être à l'écoute des résidents atteint de la maladie d'Alzheimer
- [350] Dans notre métier « l'envie » et « l'énergie » se font ressentir mais le manque de temps de personnel et un peu matériel freinent la possibilité de se sentir satisfait au quotidien et de pouvoir se dire que notre travail est de qualité. On donne beaucoup de nous et on espère toujours mieux faire.
- [351] La rigidité des horaires de soins (TTT, PSMT, injections) n'est pas toujours facile à adapter aux souhaits des résidents (se lever plus tard...)
- [352] Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou tout simplement déments devraient être pris en charge par des établissements prévus pour, avec du personnel qui fait le choix de travailler dans ce domaine. On ne devrait pas avoir à prendre en charge une telle pathologie si nous nous sentons pas les capacités.
- [353] Tout va bien merci
- [354] J'aime ce métier, je ne crois pas pouvoir en faire un autre.
- [355] Il faudrait que travailler avec des patients déments ou Alzheimer soit un choix
- [356] Etre une infirmière, une aide-soignante + ½ auxiliaire de vie pour un service de 25 patients, il est vrai que nous travaillons comme nous le pouvons et souvent aux détriments de patients, ce qui est bien dommage.
- [357] Pas de choix pour la question 40
- [358] Questions très mal tournée, et indiscrete et réponse inadaptées
- [359] Questions très mal tournée, et indiscrete et réponse inadaptées
- [360] Trop personnel !!! Ça sert à quoi ?
- [361] Réponses parfois non adaptées et parfois trop indiscret
- [362] Questions très mal adaptées, trop personnel, indiscrete, réponse inadaptée
- [363] Questions très mal tournées – indiscret. Réponses inadaptées
- [364] J'aime les choses claires de façon à ne pas travailler dans de mauvaises conditions et que cela parte dans tous les sens. Je suis maniaque de ce fait j'apprécie que les règles soient respectées
- [365] Récompenser les travailleurs et les personnes impliquées et assidues par des jours de repos supplémentaires.
- [366] La nouvelle organisation me convient mais il reste quelques points à améliorer... Dans l'ensemble ça passe.
- [367] Recueil des formulaires pas assez anonyme (regroupement par résidence !)
- [368] Non répondu car pas anonyme !
- [369] Questionnaire pas assez anonyme

- [370] Je travaille au sein d'une unité Alzheimer avec 4 places d'accueil de jour la prise en charge est assez globale car nous sommes 3 employées c'est le quota idéal pour le bien être des résidents.
- [371] Il nous faudrait plus de personnel
- [372] Un collègue ne peut en aucun cas être surveillant car trop de copinages avec certains (quelqu'un de l'extérieur serait plus approprié) même si celui-ci fait de son mieux. Par ailleurs tout le monde sait tout sur tout le monde. Très surprenant et gênant d'entendre des conversations que personne ne devrait entendre (sauf les gens concernés). L'Indiscrétion de l'établissement est pesante, svp plus de commérage et de cancans. Merci d'avance pour que cela cesse.
- [373] Ce qui est très difficile parfois c'est qu'il n'y a aucune reconnaissance de notre travail malgré tout ce qu'on donne
- [374] Une personne de plus en tant que ASH ça nous ferait du bien
- [375] Pour travailler avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il me semble très important d'avoir des connaissances théoriques sur ces maladies afin de mieux comprendre et appréhender les patients et de ne pas subir certains aspects de cette maladie.
- [376] Travail très physique et trop peu reconnu par le salaire. Obligé de travailler plus, la fatigue s'accroît, pas de solution actuellement. Vais-je continuer longtemps ?
- [377] Une augmentation de salaire serait la bienvenue !... et un peu plus de reconnaissance du personnel
- [378] Questionnaire pas vraiment adapté à un centre de rééducation fonctionnel
- [379] Q 41 N'a aucun rapport avec le questionnaire !!!
- [380] Q 41 que vient faire cette question ici ?
- [381] Avoir une augmentation de salaire (et pas 20€ !!!) et avoir un peu plus de reconnaissance
- [382] Il faudrait beaucoup plus d'aide-soignante dans les services CSR ou il y a des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou assimilées.
- [383] Quelques questions indiscrètes (rapport avec la maladie d'Alzheimer ?) choix des réponses non exhaustifs
- [384] Stop aux restrictions budgétaires
- [385] Attention aux restrictions
- [386] Salaire trop faible pour le travail que nous effectuons cela ne motive pas, charge de travail + fatigue
- [387] Dommage de ne pas être suivi de temps en temps par un psychologue
- [388] Le comportement des certaines personnes manipulatrices et fourbes peut altérer énormément la qualité de prise en charge des résidents. Ceux-ci sont les premiers à en subir les conséquences.
- [389] Une formation sur les conduites à tenir envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence, conduite à tenir avec les familles de celles-ci pour éviter les conflits éventuels. Former autant le personnel titulaire que remplaçant. Il est dommage que les remplaçants à long termes soient mis de côté. Car des formations intéressantes sont souvent proposées. Les remplaçants effectuent le même travail que les titulaires. Une augmentation des salaires, une direction plus cohérente.
- [390] Une direction plus proche du personnel, une augmentation de salaire
- [391] Avoir une direction plus proche des salariés et plus disponible, une reconnaissance de notre métier, une augmentation de salaire
- [392] Pour les questions de 1 à 22 une case option « parfois » serait plutôt bien
- [393] Ravie que l'on nous demande un peu notre avis et nos ressentis
- [394] J'aime mon travail mais on se sent pas toujours écouté et compris par les supérieurs
- [395] Renégociation de la convention auprès des ARS afin d'avoir le nombre de soignant optimum (sous-effectif en comparaison des autres EMPAR). Plus d'implication / de sérieux de la part du cadre de santé et de la direction
- [396] Changement de la direction / Cadre de santé
- [397] Je trouve que certaines questions sont inadaptées pour un questionnaire devant être anonyme
- [398] Des toilettes à l'étage
- [399] Importante d'une salle de repos

- [400] RAS
- [401] RAS
- [402] Le laisser aller de certain membre de l'équipe, fatigue les autres
- [403] Il faudrait mieux prendre chaque personne de l'équipe pour discuter de ce qui ne va pas plutôt que de prendre la totalité de l'équipe qui souvent ne comprend pas ce qui lui arrive alors qu'elle fait de son mieux
- [404] Nous faire confiance dans notre travail
- [405] Ce travail me plaît beaucoup mais : Fatigué du nombre d'heure de travail 11h et que de nuit et grosse charge de travail. Et 2 fausses couches cause de résidents trop agressifs
- [406] Je me sens bien dans ma profession, nous faisons un beau métier
- [407] Donner un sens à son travail, et avoir de l'âme
- [408] Difficile de répondre à certaines questions : cela manque de nuances
- [409] Trop de questions personnelles
- [410] Question impersonnelles n'ont rien à faire dans ce questionnaire de travail
- [411] Manque de personnel +++. Besoin d'un cadre de santé (absente depuis plusieurs mois)
- [412] RAS
- [413] Pas seulement dans les structures hébergeant des patients atteints de démence. Les conditions de travail ainsi que le manque constant de communication expliquent les réponses aux questions.
- [414] Hypocrisie au travail et sexe font bon ménage
- [415] MDR
- [416] Augmentation de salaire, 13eme mois
- [417] Augmentation de salaire + 13eme mois + primes de vacances + primes de fin d'année
- [418] Augmentation de salaires, 13 mois, la prime pour les vacances, la prime pour les fêtes de décembre plus d'animateur pour les résidents
- [419] De rien
- [420] Je trouve certaines questions plutôt déplacées
- [421] Conscience professionnel : tout à fait. Questionnaire trop flou, questions et réponses non adaptées pour la plupart
- [422] RAS
- [423] Certaines réponses à choix multiples ne sont pas adaptées aux questions.
- [424] Certaines réponses à choix multiples ne sont pas adaptées aux questions.
- [425] N'oubliez pas les thérapeutes autres que psychomotriciens ou ergothérapeute... Cela fait l'objet d'une frustration intense dans ce groupe.
- [426] Organiser régulièrement des séances de travail pour l'échange de vues entre collègues et aussi les responsables
- [427] Je ne regretterais jamais d'avoir choisi ce métier si gratifiant car c'est une vocation pour moi
- [428] Quelle blague l'anonymat.... En 3 réponses on est dépisté. Dr Bruz
- [429] Ne pas oublier la cancérologie dans les choix d'unité. Car c'est une source de stress
- [430] Une meilleure organisation !!!
- [431] Murielle Grondin Vacataire AMP
- [432] Revoyez le niveau bas des salaires qui ne correspond pas avec la vie d'aujourd'hui qui augmente
- [433] Je trouve dommage que le questionnaire ne s'adresse qu'au personnel du soir (*ou de soin j'arrive pas à lire...*)Le bien être nous concerne tous.
- [434] Dans certains poste (comme la cuisine) le manque conséquent de matériel constitue un grand défaut dans le cadre de notre travail.

- [435] Merci de préciser la profession de cuisinier la prochaine fois
- [436] On aimerait bien la prise en charge des soignants (es) soit des massages, sports de temps en temps
- [437] Trop de changement de personnel nuit à l'équilibre et fabrique du stress. Ceci est très mauvais pour les résidents
- [438] Il faudrait pouvoir accorder l'aspect commercial de l'entreprise et la réalité du « prendre soin »
- [439] Le personnel administratif devrait traiter plus humainement le personnel soignant
- [440] La considération d'autrui et le respect sont importants dans les relations entre direction et employés, c'est motivant pour se donner à fond (Mais ce n'est pas le cas malheureusement)
- [441] Trop de travail, pas assez de personnel
- [442] Pour que la direction [*mot illisible*] des certains collègues
- [443] Le stress et le découragement seraient moins importants si nous savions le soutien des instances supérieures, toutes les instances, et surtout le personnel nécessaire, le salaire serait la meilleure des reconnaissances (grosse augmentation)
- [444] Le plus dur est le manque d'effectif. Ce qui implique un manque de temps pour les patients, notre stress, et fatigue, les difficultés à déléguer quand on a un souci avec un patient...
- [445] Mettre plus de personnel on est un peu trop fatigué avec le manque de personnel MERCI !
- [446] ORPEA et le bien-être au travail (et des résidents) LOL. À Crampel c'est quand même pas mal ! Mais ailleurs... Ah le chiffre ! Avec tout cet argent, il serait possible de faire tellement mieux !
- [447] Fidéliser les équipes en améliorant les salaires (ou primes d'intéressement, compte tenu des bénéfices d'ORPEA) cela éviterait qu'elles cumulent plusieurs postes / vacations et qu'elles soient fatiguées, absentes.... Mettre en place des groupes d'analyse de la pratique professionnelle pour éviter l'effet « déroulant en salle de pause »
- [448] Donnez au personnel tout le moyen technique pour bien mener notre travail et nous faire confiance.
- [449] Les difficultés rencontrées seraient d'avantage causées par un mauvais relationnel entre collègues plutôt qu'à cause des résidents (population féminine en majorité)
- [450] Dans les premières questions il manque une case : très rarement, entre jamais et plusieurs fois par an. Le départ d'un cadre de santé peut être mieux perçu si le personnel est préparé et averti de la cause du départ
- [451] Augmentation des budgets protection. Directrice plus compétente
- [452] Pouvons-nous changer de directrice
- [453] Passer plus de temps avec les résidents
- [454] Nous avons et j'ai le sentiment que le groupe ORPEA n'est pas à notre écoute dans notre souffrance professionnelle. Nous aimerions des postes en plus car je suis en souffrances physiques et morales. Bien trop souvent comparé à d'autres structures où j'ai travaillé.
- [455] Nous les soignants formons une famille. Toutes mes excuses pour les ratures
- [456] No comment
- [457] Bonne esprit d'équipe
- [458] Désolé pour les ratures
- [459] Excusez-moi pour les ratures !
- [460] Depuis 3 ans de diplôme ayant travaillé 3 ans c'est avec plaisir que je travaille dans cette résidence.

Annexe 7

Déterminants psychosexuels

L'hypothèse que nous testions se fonde sur les nombreux liens décelés, dans la littérature, entre burn out et personnalité. L'identité du sujet serait ici mise en jeu via différents traits de caractère résultant de la fixation de la pulsion, sur un mode plutôt oral, anal ou génital. Le dispositif mis en œuvre, conçu par nos soins, englobe ici les questions 39 à 42 du questionnaire, et a été présenté dans notre chapitre 2.

Trois scores d'oralité, d'analité et de phallicité ont été calculés à partir des réponses à la question n° 42. Pour chacun, des valeurs seuils ont été arbitrairement définies : chaque score était comme faible lorsqu'il était inférieur à 7, modéré lorsqu'il était compris entre 7 et 12, et élevé lorsqu'il était supérieur à 13.

Le score d'oralité est significatif et positivement (mais faiblement) corrélé avec les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI. Nous n'avons pas décelé de lien significatif avec la variable Burn out global.

Le score d'analité est significatif et négativement corrélé avec les trois dimensions du burn out, ainsi qu'avec la variable Burn out global.

Enfin, le score de phallicité est significatif et négativement corrélé avec le score d'épuisement émotionnel et positivement corrélé avec le score d'accomplissement personnel. Aucune corrélation n'a été décelée avec la variable Burn out global.

Corrélée aux trois dimensions du burn out, seule l'analité a donc un impact significatif, *mais très faible*, sur le burn out (tableau I).

	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	Burn out
Constant	17,62**	5,921***	31,90***	- 2,595**
Oralité	+ 0,303***	+ 0,141***	?	?
Analité	- 0,266*	- 0,244***	+ 0,357***	- 0,0921*
Phallicité	- 0,467***	?	+ 0,310***	?

Tableau I • Fixation psychosexuelle et burn out.

Conçue comme une modalité de contrôle compte tenu des liens établis, dans la littérature, entre la pratique d'une ou plusieurs collections et l'analité, la question n° 41 montre un rapport très significatif entre épuisement émotionnel et nombre de collections, peu significatif entre dépersonnalisation et collections et non significatif avec l'accomplissement personnel. Les répondants entretenant trois collections et plus montrent un épuisement émotionnel élevé et une dépersonnalisation modérée ou élevée. Après intégration dans les équations économétriques globales, la pratique de trois collections et plus majore de 1,62 point ($p < 0,05$) le score de burn out global. Ce résultat est paradoxal : les deux variables devraient évoluer dans le même sens ; or, quand l'analité minore très faiblement le burn out, la pratique de plus de trois collections le majore. La faiblesse des effectifs concernés ne permet pas de tirer davantage de conclusions, ni de lever ce paradoxe — peut-être même ne justifie-t-elle pas que nous nous y attardions ; mais il est possible de proposer qu'entretenir de nombreuses collections serve à certaines personnalités anales — voire obsessionnelles, puisque le lien entre analité et obsessionnalité a été souligné dans divers courriers de Freud à Jung — de refuge permettant de supporter la réalité extérieure ou d'y échapper, et qu'à partir d'un certain niveau de stress ou d'épuisement, ce refuge ne remplisse plus son office et que la perte de contrôle soit plus difficilement supportable pour le sujet, d'où un burn out plus marqué.

Comme indiqué dans le corps de ce manuscrit de thèse, ces résultats se révèlent trop ambigus pour qu'un raisonnement robuste puisse s'appuyer sur eux. Les qualités psychométriques des scores d'oralité, d'analité et de phallicité du test que nous avons conçu ne satisfont pas les critères de cohérence interne auxquels nous l'avons ultérieurement soumis (coefficient α de Cronbach et critère de Kaiser, Meyer et Ohlin). Mais si les coefficients de corrélation sont de surcroît trop faibles pour être, à notre sens, revendiqués ou utilisés sans précaution, leur significativité nous donne à penser que notre intuition initiale, même si nous n'avons pas correctement su la mesurer, n'était pas infondée : oralité et analité nous semblent bien à l'œuvre dans l'exhaustogenèse, probablement pas en tant que révélateurs de caractéristiques stables de la personnalité des répondants, mais en tant que mouvements pulsionnels sous-jacents, supposition que peut contribuer à soutenir ou infirmer l'approche plus comportementale, face aux difficultés en situation professionnelle, que nous avons tentée.

Par ailleurs, les deux groupes de comportements face aux difficultés professionnelles que nous avons identifiés ayant en commun de comporter un mécanisme de décharge

émotionnelle et pulsionnelle, nous avons recherché d'éventuelles corrélations entre les attitudes face aux difficultés professionnelles et les scores d'oralité, d'analité et de phallicité (tableau II).

Attitude	Score d'oralité	Score d'analité	Score de phallicité
tout plaquer	6 %	- 5 %	- 7 %
allumer une cigarette	3 %	- 1 %	3 %
boire un verre	4 %	- 5 %	- 4 %
changer de métier	3 %	- 5 %	- 9 %
changer de service	3 %	- 6 %	- 4 %
changer d'employeur	1 %	- 4 %	- 11 %
consulter un médecin ou un psychologue	0 %	1 %	- 3 %
dormir	7 %	- 6 %	- 6 %
en parler avec des amis	4 %	- 4 %	- 4 %
en parler avec vos collègues	- 1 %	6 %	3 %
en parler avec votre conjoint	2 %	- 1 %	- 1 %
manger	3 %	1 %	- 1 %
partir en vacances	4 %	- 3 %	- 4 %
rentrer chez vous jusqu'au lendemain	5 %	- 2 %	- 5 %
vous défouler en faisant du sport	6 %	4 %	11 %
vous mettre en colère	5 %	- 2 %	0 %
vous taire et faire comme si de rien n'était	4 %	- 1 %	- 1 %

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification $\alpha = 0,1$.

La « faiblesse » des coefficients de corrélation est due au caractère dichotomique, donc discret, des variables Attitudes (0 ou 1).

Tableau II • Matrice de corrélation entre scores psychosexuels et attitudes face aux difficultés professionnelles (test de Pearson).

Trois attitudes se distinguent par leur corrélation aux trois types de fixation simultanément : Dormir et Tout plaquer sont significativement et positivement corrélés au score d'oralité, et significativement et négativement corrélés aux scores d'analité et de phallicité, tandis que Vous défouler en faisant du sport est significativement et positivement corrélés aux scores d'oralité, d'analité et de phallicité. L'on notera que les scores d'analité et de phallicité évoluent généralement dans le même sens, et que la phallicité suggère la présence ou la perte de la pugnacité et de la combativité face à l'adversité professionnelle, i.e. la possibilité ou l'impossibilité d'exercer un contrôle sur la difficulté. Contre toute attente néanmoins, Manger, Boire un verre, Allumer une cigarette et Parler avec le conjoint, les collègues ou les amis ne sont pas corrélés à l'oralité, ce qui nous semble confirmer les failles dont souffre l'outil que nous avons-nous-même conçu.

Au final, tout au plus ces données nous suggèrent-elles la présence effective de corrélations, mais les trois échelles d'oralité, d'analité et de phallicité mériteraient d'être améliorées pour affiner leurs qualités psychométriques — faute de budget pour nous atteler à cette tâche dans le cadre de cette recherche, nous ne pouvons donc, là aussi, que plaider pour d'infinies précautions dans le maniement de ces résultats...

Annexe 8

Liste des publications

1. Ouvrages parus

Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2014), *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p.

Zawieja P, Guarnieri F, coord. (2013), *Épuisement professionnel – Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin, coll. Armand Colin / Recherches. 224 p.

2. Ouvrages sous contrat

Zawieja P (2015). *Burn out et autres formes d'épuisement professionnel*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? (à paraître, mai 2015).

Zawieja P, coord. (2015). *Dictionnaire de la fatigue*. Genève : Librairie Droz (à paraître, septembre 2015).

3. Chapitres d'ouvrages

Zawieja P, Guarnieri F (2013). Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. *Épuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin, coll. Armand Colin / Recherches : 11-34.

Zawieja P (2014). Fatigue compassionnelle. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p : 314-5.

Zawieja P (2014). Vétérinaires. In : Zawieja P, Guarnieri F, coord. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil. 888 p : 814-5.

Zawieja P (2004), Les peurs alimentaires et leur justification. In : D. Chapelot et J. Louis-Sylvestre, coord., *Les comportements alimentaires*, collection « Sciences et techniques agroalimentaires », Éditions Tec & Doc, coll. Sciences et techniques agroalimentaires.

4. Articles dans des revues à comité de lecture

Lemoine P, Zawieja P, Ohayon M (2013). Associations between morningness/eveningness and psychopathology: An epidemiological survey in three in-patient psychiatric clinics. *Journal of Psychiatric Research*. 47(8):1095-8.

de Bohan A, Zawieja P, Costantino C (2013). L'olfaction comme médiation thérapeutique: un dispositif groupal original. *Pratiques psychologiques*. 19(2) : 119-33.

Zawieja P, Kornprobst JM, Métais P (2012). 3-(2,4-dimethoxybenzylidene)-anabaseine: a promising candidate drug for Alzheimer's disease?. *Geriatr Gerontol Int*. 12(3):365-71.

Ferreira E, Zawieja P (2012). Un chez-soi en EHPAD. *Cliniques – Paroles de praticiens en institution*. 4 : 164-79.

Zawieja P, Ferreira E, Benattar L (2012). Le professionnalisme à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer. *Cliniques – Paroles de praticiens en institution*. 3 : 178-91.

Porte P, Lahmi K, Auque JM, Carnet Y, Galliou A, Preux PM, Labourdette M, Zawieja P, Métais P (2011). Dépistage précoce des démences en SSR. *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, XVIII(174) : 178-84.

Porte P, Lahmi K, Auque JM, Carnet Y, Galliou A, Preux PM, Labourdette M, Zawieja P, Métais P (2011). Screening of patients with cognitive impairment when entering in a rehabilitation unit. *Geriatr Gerontol Int*. 12(1) : 23-9.

Touze JE, Métais P, Zawieja P (2011), Pathologie cardio-vasculaire et voyage aérien : particularités et enjeux. *Presse Med*. 41(2):109-15.

Zawieja P, Orecchioni AM, Métais P, Touze JE (2011). Risque thrombo-embolique et voyage aérien : prévention et conseil à l'officine. *Annales pharmaceutiques françaises*. 69(5) : 247-252.

5. Articles de revues sans comité de lecture

Zawieja P (2014). S'isoler pour collaborer. *In* : Changer le travail. *Sciences humaines*, coll. Grands Dossiers. 35 : 34-6.

Zawieja P (2013). Alzheimer : traitement de cheval à Saint-Rémy. *Mensuel des maisons de retraite*. 161 : 23-4

Zawieja P (2012). Vous avez dit « fatigue compassionnelle » ? *Mensuel des maisons de retraite*. 151 : 25-6.

Costantino C, Zawieja P, Ferreira E (2012). Un collège de psychologues pour réfléchir et mutualiser. *Mensuel des maisons de retraite*. 152 : 26.

Le burn out des professionnels de santé : le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

RÉSUMÉ :

Cette thèse, menée à partir de données recueillies auprès de 2 602 soignants professionnels prenant en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, explore le lien entre burn out et identité. Articulant psychanalyse et sociologie, cette recherche montre que le burn out, en affectant plusieurs facettes de l'identité du soignant, ne représente que l'un des destins possibles d'une variété d'entités de fatigue parfois spécifiques à l'alzheimerologie, dont elle dresse une typologie. Elle met en lumière la présence, dans ce groupe professionnel, d'une idéologie sacrificielle latente, capable d'activer des mécanismes et processus relevant du narcissisme moral, en transformant certains éléments du contexte organisationnel en souffrance, et dont le double effet paradoxal est de renforcer la position sacrificielle précisément pour la rendre plus tolérable. Au passage, pour décrire ce cycle de la fatigue reliant impact psychiques et identité du groupe, cette thèse propose le concept d'exhaustopoïèse, défini comme un processus subjectif et intégratif de ressenti, d'appropriation, de détournement et de reconstruction de la fatigue, dont le burn out est le produit, érigé en élément de l'identité, donc socialement adressé.

Mots clés : Burn out – Épuisement professionnel – Fatigue – Maladie d'Alzheimer – Soignants

Careproviders' Burnout: The Example of Alzheimer's Disease Management

ABSTRACT :

This thesis, using data collected from 2,602 professional caregivers of patients with Alzheimer's disease, explores the relationship between burnout and identity. Articulating psychoanalysis and sociology, this research shows that burnout, while affecting many aspects of the caregiver's identity, is only one of the possible fates of a variety of fatigue entities, that are sometimes specific to alzheimerology. This research draws up a typology of these fatigue entities. It highlights the presence, in this occupational group, of a latent, sacrificial ideology able of activating mechanisms and processes related to moral narcissism, by altering elements from the organizational context in suffering, whose paradoxical dual effect leads to strengthen the sacrificial position precisely to make it more tolerable. By the way, to describe this cycle fatigue linking psychological impact and group identity, this thesis suggests the concept of exhaustopoiesis, defined as a subjective and integrative process of feeling, appropriating, deviating and rebuilding fatigue– arising from which burnout is set up as a socially addressed part of the identity.

Keywords : Alzheimer's disease – Burnout – Fatigue – Occupational exhaustion – Professional caregivers

